

# FORMULARIO DE RECOLECCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE PERSONA FÍSICA



La información aquí descrita será confidencial, necesaria para el cumplimiento de la política “Conozca a su Cliente”, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (hoy artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

Número de Póliza

Producto

**Completar un formulario por cada contratante y/o asegurado titular. También se deberá completar el presente formulario si el Cliente actúa a nombre o por cuenta de un tercero, proporcionando los datos del Propietario Real**

**Indicar la persona a la cual corresponden los datos recabados**

Contratante ☐

Asegurado Titular ☐

Propietario Real ☐

## SECCIÓN I – DATOS GENERALES

Nombre Completo

NOMBRES, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO

Fecha de Nacimiento

DD/MM/AAAA

País de Nacimiento

Nacionalidad

## SECCIÓN II – DATOS DE CONTACTO

Calle / Avenida

No. Interior

No. Exterior

Colonia

Alcaldía o Municipio

Localidad / Estado

C.P.

Teléfono donde se pueda localizar

Correo electrónico

Indicar si la dirección de alguno de los dependientes es distinta a la declarada por el Asegurado Titular.

☐ NO ☐ SI (En este caso completar la siguiente información)

Nombre del Dependiente

Calle / Avenida

No. Interior

No. Exterior

Colonia

Alcaldía o Municipio

Localidad / Estado

C.P.

## SECCIÓN III – DATOS ECONÓMICOS

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio

Origen de los recursos:  
(marcar la casilla correspondiente)

☐ Actividad económica o giro declarado

☐ Herencia / Donación

☐ Recursos de cónyuge o concubino(a)

☐ Pensión /Rendimiento de inversiones

☐ Recursos de Padre o Madre

Otro (especificar)

### SECCIÓN III – DATOS ECONÓMICOS (CONTINUACIÓN)

RFC con homoclave (Obligatorio para datos de facturación)

CURP (cuando cuente con ella)

Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada. (Si cuenta con ella)

### SECCIÓN IV–RELACIÓN DE DOCUMENTOS

☐ Identificación Personal

☐ Constancia de Clave Única de Registro de Población y/o Cédula Fiscal (Cuando cuente con ellas)

☐ Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (Cuando cuente con ella)

☐ Documento que acredite su internación o legal estancia en el país (cuando sea de nacionalidad extranjera)

☐ Comprobante de domicilio no mayor a tres meses (cuando sea distinto al domicilio que aparezca en su identificación oficial en caso de Personas Físicas)

### SECCIÓN V–AVISO DE PRIVACIDAD

#### ¿Quiénes somos?

**Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (“Bupa”)** con domicilio en Montes Urales No. 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11000, en la Ciudad de México, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, por lo que en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, emitimos el presente Aviso de Privacidad Simplificado. Los datos personales recabados por Bupa serán tratados observando puntualmente los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad previstos en la Ley mencionada y serán utilizados única y exclusivamente para el cumplimiento de las finalidades mencionadas a continuación.

#### Objeto de la petición de sus datos

Los datos personales que le solicitamos, incluyendo los sensibles que nos proporcione, se utilizarán para los siguientes fines (“finalidades primarias”):

Contratación, promoción, comercialización, desarrollo y colocación de los productos, servicios y asesoría que brinda la compañía.

1. Para la evaluación de su solicitud de seguro, cotización de la primas y selección de riesgos.
2. En caso de ser procedente, para la emisión y cumplimiento del contrato de seguro.
3. Trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, una vez celebrado el contrato de seguro.
4. Gestión de beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.
5. Colocación de riesgos en reaseguro así como gestión de cobro con los reaseguradores

6. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
7. Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por Bupa, en lo general o en su caso particular.
8. Brindarle información respecto los beneficios de su póliza, así como las asesorías que requiriera.
9. Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo.
10. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.
11. Prevención de fraudes y delitos.

Del mismo modo, y con el objeto de poder mejorar los servicios prestados por Bupa, en referencia al diseño de nuevos productos, a la calidad de los presentes, y en general a la mejora continua de Bupa, se usarán sus datos para los siguientes fines (“finalidades secundarias”):

1. Promocionar nueva gama de productos y servicios, incluyendo los beneficios, coberturas o estudios de mercado.
2. Alimentación de la base de datos estadísticos de la empresa.
3. Elaboración de perfiles estadísticos con base en sujetos con características o particularidades similares.
4. Análisis y calificación de los perfiles estadísticos, de acuerdo con la base de datos, sin que en ningún momento se revelen datos particulares de un sujeto en específico.
5. Medición de la confiabilidad de los perfiles estadísticos creados.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.bupalatinalud.com](http://www.bupalatinalud.com) o enviando un correo a [privacidad@bupalatinalud.com](mailto:privacidad@bupalatinalud.com)

## SECCIÓN VI- DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Declaro bajo protesta de decir verdad que los valores entregados a **Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V. ("Bupa")** por concepto de pago de póliza(s) o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito. Así mismo declaro que toda la información contenida en este formulario, así como la documentación que se anexa, es real, verdadera, completa y a la fecha; por lo tanto, es de mi exclusiva responsabilidad cualquier error, omisión o falsedad.

También reconozco mi obligación de actualizar la información aquí descrita en el momento que existieran cambios en tanto mantenga una relación vigente con Bupa.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

## SECCIÓN VII- FIRMAS

Las copias simples de los documentos de identificación fueron cotejadas contra sus originales, verificada su autenticidad, y para constancia de ello firma el Agente o funcionario comercial responsable de la entrevista.

Datos del Entrevistador	NOMBRES, APELLIDOS PATERNOS Y MATERNOS		
Firma del Entrevistador			
Firma del Cliente		Fecha	DD/MM/AAAA
Firma del Propietario Real			

Le recordamos que todos los datos contenidos en este formulario son obligatorios y necesarios para integrar adecuadamente su expediente de identificación. Asimismo, hacemos de su conocimiento que la fracción VI de la disposición Vigésima Novena de las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (hoy artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas) faculta a Bupa México para determinar como Operación Inusual (como dicho término se define en las Disposiciones) y reportar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cuando un cliente se niegue a proporcionar los datos o documentos de identificación correspondientes y/o cuando se detecte que presentan información que pudiera ser apócrifa o datos que pudieran ser falsos. Es responsabilidad de los asegurados comunicar cualquier cambio o actualización de su información a Bupa México. Asimismo, Bupa México se reserva el derecho de solicitar la actualización de información o documentos de identificación del cliente y/o asegurado en cualquier momento durante la vigencia de la póliza y/o sus renovaciones.

**Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México  
Tel. (55) 5202 1701 • [servicioalcliente@bupalatinamerica.com](mailto:servicioalcliente@bupalatinamerica.com) • [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)