

# SOLICITUD DE CAMBIOS EN LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



## 1. CONTRATANTE

Nombre	Apellidos		Nombre(s)
No. de póliza			

## 2. DETALLE DEL CAMBIO SOLICITADO

Cambio del plan		*Disponibilidad del cambio únicamente en año póliza	
Plan actual		Plan solicitado	
Deducible		Deducible	
Requisitos: En caso de que se requiera un deducible menor o que los beneficios aumenten, es necesario adjuntar la solicitud de seguro de Gastos Médicos Mayores completamente requisitado (Excepto cambios a GHP).			
¿Ha sido usted o cualquiera de sus dependientes hospitalizado y/o sometido a tratamiento y/o ha tomado medicamentos para una condición específica para la cual no se ha presentado una reclamación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:			
¿Ha cambiado su salud o la de cualquiera de sus dependientes durante el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:			
Cambio de forma de pago		*Disponibilidad del cambio únicamente en año póliza	
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	Para los productos ihi México y Bupa Care solo aplican formas de pago anual y semestral. La forma de pago mensual solo aplica para productos Bupa One, Bupa One Plus y Bupa Global. * Las formas de pago mensual y trimestral están sujetas a cobro automático con tarjeta de crédito. Anexar formulario de Cargo Automático a Tarjeta (CAT).	
<input type="checkbox"/> Trimestral*	<input type="checkbox"/> Mensual*		
Cambio de contratante			
Nombre	Apellidos		Nombre(s)
R.F.C.:		Requisitos: El artículo 492 completo. Para actualización de domicilio fiscal es necesario que adjunten copia del aviso ante el SAT y copia de identificación oficial vigente del contratante.	
Cambio de: <input type="checkbox"/> Domicilio fiscal <input type="checkbox"/> Domicilio Convencional			
Dirección	Calle	Número exterior e interior	Colonia
Delegación o municipio		Ciudad o Estado	Código Postal
Baja de dependientes			
Nombre	Apellidos	Nombre(s)	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA
Nombre	Apellidos	Nombre(s)	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA
Cancelación de la póliza (marque con una "X") <input type="checkbox"/>			

Motivos
El reembolso de las primas se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de su póliza.
Cancelación de beneficios adicionales
<input type="checkbox"/> Endoso de maternidad <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos <input type="checkbox"/> Congénitos <input type="checkbox"/> Emergencia en el extranjero

<b>3. CORRECCIONES A LA PÓLIZA</b>
En este punto debe indicarnos si alguno de los datos solicitados esta incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.

Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

<b>4. CAMBIO DE FECHA EFECTIVA</b>		
Nueva fecha efectiva	DD / MM / AAAA	
(Para fecha efectiva retroactiva, favor enviar Solicitud de Gastos Médicos Mayores)		

<b>5. ADICIÓN DE DEPENDIENTES (PARA MATERNIDAD CUBIERTA)</b>						
Por favor adjunte certificado y/o acta de nacimiento. Especificar si el embarazo fue mediante reproducción asistida. La reproducción asistida es el conjunto de técnicas y tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando éste no se consigue de forma natural debido a problemas de fertilidad, incluyendo pero no limitando inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.						
Nombre del dependiente						
Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Peso		Talla		Reproducción asistida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del dependiente						
Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Peso		Talla		Reproducción asistida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del dependiente						
Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Peso		Talla		Reproducción asistida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 6. AVISO DE PRIVACIDAD

En virtud de lo señalado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, los clientes aceptan y otorgan su consentimiento expresamente con la firma del presente, para que BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. haga uso de los datos personales que proporcionen, con la finalidad de prestarle los servicios señalados por el agente.

De acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento a los clientes lo siguiente:

a. Finalidad del tratamiento de datos:

Se recaban sus datos personales con las finalidades de: emisión, administración de pólizas, trámites para la evaluación de reclamaciones y pago por reembolsos en el caso de reclamaciones procedentes.

Del mismo modo para obtener de cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, dicha información sobre su persona.

b. Opciones y medios que se le ofrecen al personal para solicitar se limite el uso y divulgación de sus datos:

Los datos personales del titular, serán mantenidos en estricta confidencialidad, de conformidad con las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que al efecto BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., implemente en sus políticas y procedimientos de seguridad, quedando prohibido su divulgación ilícita y limitando su uso a terceros, conforme a lo previsto en el presente Aviso de Privacidad.

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

En este sentido BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. señala y hace de su conocimiento que tiene una "Política de Privacidad" establecida para explicar a terceros la forma en cómo la empresa da tratamiento a los "Datos Personales", misma que cumple con lo señalado en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

c. Medios para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición).

Enviando una solicitud, que cumpla con los requisitos señalados por la Ley de Protección de Datos Personales al correo electrónico [privacidad@bupalatinamerica.com](mailto:privacidad@bupalatinamerica.com).

d. En dado caso de que la Compañía realice cambios al presente aviso, lo podrá comunicar al cliente, al empleado o proveedor, según sea el caso, por los siguientes medios:

1. Por correo electrónico a la cuenta que usted nos proporciona en la solicitud.
2. A través de la página [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx).

Por medio del presente formulario el contratante solicita a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. que aplique los cambios solicitados a la relación contractual. Así mismo, el contratante de la póliza conviene que el presente formulario formará parte de la documentación contractual de su póliza y dichas modificaciones solicitadas tendrán vigencia una vez que la compañía las acepte y las haga constar en su póliza.

## 7. FIRMA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. se reserva el derecho de aceptar los cambios planteados en la presente solicitud.

Firma del Contratante		Fecha	DD / MM / AAAA
Correo electrónico			

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 7 de agosto de 2017 con el número CGEN-S0065-0119-2017.**

### Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México  
Tel. (55) 5202 1701 • 01 800 227 3339 • [UEAP@bupalatinamerica.com](mailto:UEAP@bupalatinamerica.com)

### 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)