

FORMULARIO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE



Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. (55) 5202-1701 y (800) 227 3339 • www.bupasalud.com.mx
Este formulario no es válido si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco (que sean aplicables)

Relación de Documentos (a entregar como soporte)

<input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente	<input type="checkbox"/> Aviso de privacidad firmado
<input type="checkbox"/> Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella)	<input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva con datos de registro (solo persona moral)
<input type="checkbox"/> Identificación personal del apoderado o representante legal (solo persona moral)	<input type="checkbox"/> Documento que acredite su internación o legal estancia en el país (cuando sea de nacionalidad extranjera)
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio no mayor a tres meses (cuando sea distinto al que aparezca en su identificación como persona física)	<input type="checkbox"/> Constancia de Clave Única de Registro de Población y/o Cédula Fiscal (cuando cuente con ellas)

Datos Generales de Identificación

☐ Contratante (es quien paga la prima) ☐ Asegurado ☐ Beneficiario/Tercero ☐ Persona física ☐ Persona moral

Razón o Denominación Social/ Nombre Completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])			No. de Póliza(s) y Producto(s) (si cuenta con ellos)
Fecha de Nacimiento	Fecha de Constitución	País de Nacimiento (persona física)	Nacionalidad
<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	<div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>		
RFC		No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)	
<div><div>letras</div><div>año</div><div>mes</div><div>día</div><div>Homoclave</div></div>			
Profesión u ocupación (persona física) - describa con detalle su actividad económica			Objeto Social o Giro (persona moral)
Folio Mercantil (persona moral)	No. de identificación fiscal (Solo para extranjeros)	CURP	

Origen de los recursos: (Marcar la casilla correspondiente)	<input type="checkbox"/> Actividad económica o giro declarado	<input type="checkbox"/> Pensión/Rendimiento de inversiones
	<input type="checkbox"/> Herencia/Donación	<input type="checkbox"/> Recursos de Padre o Madre
	<input type="checkbox"/> Recursos de cónyuge o concubino(a)	<input type="checkbox"/> Otro

Especificar

Domicilio de residencia en México

Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o Delegación
Colonia	Entidad Federativa		
Ciudad o Población	Código Postal	Teléfono particular	Correo electrónico

Domicilio fiscal (cuando sea diferente al domicilio de residencia)

Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o Delegación
Colonia	Entidad Federativa		
Ciudad o Población	Código Postal	Teléfono particular	Correo electrónico

Domicilio de residencia en el extranjero (mexicanos con planes internacionales que tengan residencia temporal fuera del país)

Domicilio completo	Teléfono	Correo electrónico

Datos generales del Representante Legal (persona moral)

Nombre completo	Nacionalidad

Información adicional solo para Persona Física o Representante Legal

¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno?	Si <input type="checkbox"/>	Definir cargo	Dependencia
	No <input type="checkbox"/>		

Declarativa de actuación por cuenta propia (Exclusivo persona física)
Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de la póliza

Declaro bajo potestad de decir verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Si el cliente declaró que actúa a cuenta de un tercero,

Ciudad: _____	En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona

Firma del contratante (quien paga la prima)

Día	Mes	Año

Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de la póliza

El agente y/o ejecutivo que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en este formato, asimismo, cotejó los documentos de identificación proporcionados por el cliente contra sus originales.

Tipo de identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número

Nombre y firma del agente, ejecutivo o promotor

Anexo 1. Aviso de Privacidad

Identidad y domicilio.

Bupa México, con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, México, en su carácter de Responsable en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (*"LFPDPPP"*) y demás normatividad secundaria aplicable, pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad Simplificado, a efecto de llevar a cabo el tratamiento legítimo, controlado e informado de sus Datos Personales, a efecto de garantizar la privacidad de sus Datos Personales y su derecho a la autodeterminación informativa.

Formas de recabar sus Datos Personales.

Para efecto de dar cumplimiento a las finalidades primarias y secundarias previstas en el presente aviso de privacidad, el Responsable podrá recabar Datos Personales del Titular de la siguiente manera: *i) personal*, cuando el Titular llena por sí mismo el presente formato de solicitud, o bien, a través de su representante legal o agente; *ii) directa*, cuando el Titular proporciona Datos Personales a través de medios electrónicos, ópticos, sonoros, visuales, internet o cualquier otra tecnología; *iii) indirecta*, cuando el Responsable recaba Datos Personales del Titular a través de fuentes de acceso público o de terceros. El Titular reconoce que la información proporcionada, a través del presente formato es completa, correcta y actualizada, y en caso de proporcionar información de terceros, reconoce que previamente obtuvo el consentimiento de estos para compartir sus Datos Personales y sensibles con Bupa México.

Datos Personales objeto de tratamiento.

Datos personales no sensibles

- Identificación.
- Características personales.
- Electrónicos o de contacto.
- Académicos.
- Laborales.
- Tránsito o migratorios.
- Familiares.
- Financieros o patrimoniales.

Datos personales sensibles

- Características personales o fisiológicas.
- Información genética.
- Información de salud.
- Origen étnico o racial.
- Hábitos personales.
- Preferencias sexuales.

Datos Personales de menores de edad.

El Responsable podrá tratar Datos Personales de menores de edad y personas incapaces o en estado de interdicción, en estos supuestos es responsabilidad de la persona (*contratante, representante legal, tutor o de quien ejerza la patria potestad*) asegurarse de estar proporcionando Datos Personales completos, correctos y actualizados y de otorgar su consentimiento expreso y por escrito para el tratamiento de los mismos, en términos de la *LFPDPPP*.

Finalidades para el tratamiento de los Datos Personales.

Primarias.

1. Brindar asesoría sobre los productos y servicios que ofrece el Responsable.
2. Evaluar su solicitud de seguro y selección del riesgo, suscripción, emisión del contrato de seguro, tramitación, investigación, validación y confirmación de la información y cotización del monto de la prima.
3. Dar cumplimiento al contrato de seguro, conforme a la regulación aplicable.

4. Dictaminar y tramitar, tanto los siniestros como las solicitudes de reembolso.
5. Gestionar los beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.
6. Colocación de riesgos en reaseguro así como gestión de cobro con los reaseguradores.
7. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
8. Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por el Responsable.
9. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.
10. 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.
11. Compartir y recabar información con terceros proveedores de servicios de salud para dar cumplimiento a las obligaciones legales adquiridas.
12. Consultar y compartir información sobre el asegurado con instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador y proveedores del mismo para fines de prevención de fraudes y delitos, así como para llevar a cabo la selección de riesgos.
13. Mantener actualizados los Datos Personales del Titular, en cumplimiento al principio de calidad previsto por la *LFPDPPP*.

Secundarias.

1. Enviar comunicados con información relevante para el cuidado de la salud de las personas.
2. Promocionar nuestros productos y/o servicios, a través de comunicados con fines mercadotécnicos y/o publicitarios.
3. Elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos y/o servicios.
4. Aplicar encuestas, estudios de mercado, promocionar eventos, concursos, trivias, juegos y sorteos, que nos permitan promocionar nuestros productos y/o servicios y mejorar la calidad de los mismos.
☐ Otorgo mi consentimiento expreso para que mis Datos Personales sean utilizados para las finalidades secundarias previstas en el presente Aviso de Privacidad Simplificado.
☐ Me opongo a que mis Datos Personales sean utilizados para las finalidades secundarias previstas en el presente Aviso de Privacidad Simplificado.

Transferencias de datos personales.

Además de las transferencias de datos personales permitidas por la *LFPDPPP* y demás normatividad secundaria aplicable y con el propósito de dar cumplimiento a las finalidades primarias y secundarias establecidas en el presente Aviso de Privacidad, el Responsable podrá llevar a cabo la transferencia de sus Datos Personales con:

- Su agente o intermediario.
- Proveedores de servicios asistenciales.
- Proveedores hospitalarios.
- Proveedores de servicios ambulatorios.
- Proveedores médicos y de telemedicina.
- Reaseguradoras y Coaseguradoras.

- ☐ Otorgo mi consentimiento expreso al Responsable para que mis Datos Personales sean transferidos.
- ☐ Me opongo a que mis Datos Personales sean transferidos por el Responsable.

Atención a solicitudes de Derechos ARCO, quejas y reclamaciones.

En cualquier momento el Titular podrá ejercer ante el Responsable sus derechos ARCO, revocar su consentimiento, así como interponer quejas o reclamaciones con respecto al Tratamiento de sus Datos Personales en cualquier momento, por sí mismo o a través de su representante legal, para lo cual podrá presentar su solicitud directamente en nuestro domicilio o a través del correo electrónico privacidad@bupa.com.mx.

Su solicitud deberá contener, al menos la siguiente información:

- 1. Nombre del Titular y domicilio o cualquier otro medio para dar seguimiento a la misma.
- 2. Número de póliza o reclamación.
- 3. Documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del Titular.

- 4. Descripción clara y precisa de los Datos Personales, respecto de los cuales el Titular busca ejercer sus derechos ARCO.
- 5. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los Datos Personales.
- 6. En caso de solicitudes de Rectificación de Datos Personales, el Titular deberá indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación correspondiente.

Mecanismos para conocer el Aviso de Privacidad Integral.

Para mayor información sobre los términos del tratamiento de sus Datos Personales y cómo ejercer sus derechos ARCO, lo invitamos a conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupasalud.com.mx.

Una vez leído y entendido el presente Aviso de Privacidad, **ACEPTO LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL MISMO**

Firma del Contratante, Asegurado o Beneficiario Tercero