

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores (Individual/Familiar)



La Aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.

Póliza Nueva Dependientes Adicionales Cambio de Plan

"ESTA SOLICITUD NO ES VALIDA SI TIENE TACHADURAS, ENMENDADURAS, CORRECTOR O ESPACIOS EN BLANCO"

1 CONTRATANTE (Si es diferente del Asegurado Principal)

Persona Física

Persona Moral

Nombre o Razón Social: _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

1.1 Domicilio

Calle y número: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Años en este domicilio: _____

1.2 Nacionalidad, RFC, CURP (Asegurado Principal)

RFC: _____ CURP: _____

Nacionalidad: _____ País de residencia: _____ Actividad: _____

1.3 Teléfonos, Fax y correo electrónico (e-mail)

Residencial	Código de área	Número	Trabajo	Código de área	Número
Fax	Código de área	Número	E-mail		
Celular	Código de área	Número			

2 INFORMACIÓN GENERAL (llenar solamente si es diferente al contratante)

(2.1) Domicilio

Calle y número: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Años en este domicilio: _____

(2.2) Nacionalidad, RFC, CURP (Asegurado Principal)

RFC: _____ CURP: _____

Nacionalidad: _____ País de residencia: _____

(2.3) Teléfonos, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencial	Código de país	Número	Trabajo	Código de país	Número
Fax	Código de país	Número	E-mail		
Celular	Código de país	Número			

3 PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Favor escoger el plan:

Bupa Critical Care 1 2,000 • 2 3,500 • 3 5,000 • 4 10,000 • 5 20,000 • 6 50,000

Bupa Essential Care Bupa Secure Care Bupa Advantage Care Bupa Complete Care Bupa Diamond Care Bupa Total

2 1,000/2,000 • 3 2,000/3,000 • 4 5,000/5,000 • 5 10,000/10,000 • 6 20,000/20,000

Cobertura adicional: Complicaciones de maternidad Procedimientos de trasplante Padecimientos congénitos

4 INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de los solicitantes (Asegurado Principal/dependientes)	Lugar de Nacimiento	Relación con el Asegurado	Estado civil*	Fecha de nacimiento mes/día/año	Sexo	Peso en Kilogramos	Estatura en metros
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ mm dd aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ mm dd aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ mm dd aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ mm dd aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ mm dd aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ mm dd aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m

*S—soltero(a) C—casado(a) D—divorciado(a) V—viudo(a) **Nota:** Toda persona de **65 años o más** deberá presentar una Declaración Médica.

5 INFORMACIÓN DE SEGURO ANTERIOR

(5.1) ¿El seguro solicitado reemplazará algún seguro existente?Sí No

Si respondió "Sí", por favor adjunte copia del certificado de cobertura y el recibo del último pago.

Nombre de la compañía: _____

Producto _____

Valor del deducible _____ No. Póliza _____

(5.2) ¿ha sido rechazado, aceptado con restricciones o extraprimado, alguno de los solicitantes en alguna otra Institución de Seguros?Sí No

Si respondió "Sí", favor explicar: _____

6 INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) de la familia

Solicitante	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono

(6.2) Exámenes médicos

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen de rutina, pediátrico o ginecológico en los últimos cinco años?.....Sí No

Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Tipo de examen	Fecha ____/____/____	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.
Solicitante	Tipo de examen	Fecha ____/____/____	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.
Solicitante	Tipo de examen	Fecha ____/____/____	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar:

6 INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.3) Condiciones Médicas o estado de salud

Alguno de los solicitantes:		Sí	No
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Actualmente está bajo tratamiento médico y /o de rehabilitación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Se le han practicado exámenes de laboratorio, gabinete, electrocardiogramas, biopsias u otros estudios para comprobar su estado de salud o diagnóstico médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Padece alguna enfermedad del corazón, del aparato circulatorio, hipertensión arterial, colesterol alto o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Padece alguna enfermedad respiratoria o pulmonar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Padece alguna enfermedad del estómago, intestinos, páncreas o del hígado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Padece alguna enfermedad de los riñones o tracto urinario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿Padece de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota u otro padecimiento de músculos o huesos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Padece o ha padecido cáncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	¿Le han sido hallados tumores benignos o malignos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	¿Padece diabetes, padecimientos glandulares, endócrinos o metabólicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	¿Padece o ha padecido enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	¿Tiene alguna anomalía de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	¿Tiene algún padecimiento congénito o hereditario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	¿Padece o ha padecido enfermedades vasculares cerebrales (embolia, trombosis, entre otros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	¿Padece o ha padecido convulsiones, migrañas, parálisis u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	¿Presenta algún faltante de algún órgano y/o miembro o parte de él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	¿Practica algún deporte o afición de riesgo? Indique cual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	¿Viaja de manera frecuente en aeronaves privadas o en motocicletas? Indique frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad, o sufrido algún accidente o cirugía no señalada en los puntos anteriores o tiene alguna cirugía o tratamiento pendiente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preguntas exclusivas para hombres:

1	¿Padece o ha padecido enfermedades de la próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	--	-----------------------	-----------------------

Preguntas exclusivas para mujeres:

1	¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Está embarazada, y de cuantos meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Indique el número de hijos y la forma (parto normal o cesárea).		
4	¿Le han practicado legrados o cesáreas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Ha sufrido algún aborto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Se ha sometido a algún tratamiento por infertilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: Si practica deportes riesgosos de forma profesional y requiere que se cubra el riesgo, favor de solicitarlo con su agente.

(6.4) Condiciones médicas que requieren explicaciones complementarias:

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
			____/____/____	____/____/____
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	
Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
			____/____/____	____/____/____
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

6 INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde: _____	Hasta: _____
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	
Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde: _____	Hasta: _____
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar:

(6.5) Medicamentos

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?.....Sí No
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante:	Nombre del medicamento:	Causa:	Cantidad:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:
					_____/_____/____	_____/_____/____
					_____/_____/____	_____/_____/____
					_____/_____/____	_____/_____/____
					_____/_____/____	_____/_____/____
					_____/_____/____	_____/_____/____

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar:

(6.6) Hábito(s)

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos, consumido alcohol, drogas, estimulantes o algún producto con nicotina?

Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día	Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día

(6.7) Historial familiar

¿Alguno de los solicitantes tiene historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer, o algún padecimiento cardiovascular congénito o hereditario?..... Sí No
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				Padecimiento
	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

6 INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				Padecimiento
	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7 AVISO DE PRIVACIDAD

La información personal proporcionada por el TITULAR, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono, y demás datos personales que BUPA MEXICO, COMPAÑIA DE SEGUROS S.A DE C.V. (en Manuel Avila Camacho 88-5 piso Lomas de Chapultepec, México D.F. CP 11000, adelante designada como BUPA) recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por sí o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular así como para la posible suscripción del contrato de seguro, así como realización de estudios estadísticos, gestión de otras solicitudes y contratos con empresas filiales, así como para remitirle información sobre productos y servicios.

La información personal del Titular que BUPA recabe en esta forma será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a BUPA a compartirla en los siguientes casos:

- Quando dicha transferencia de información se efectuó con terceros para dar cumplimiento al contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenio celebrados con el Titular.
- En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.
- Quando el titular de dicha información otorgue su consentimiento de manera expresa.

La información personal será resguardada por el Departamento y o responsable de Datos Personales de BUPA, ante quién el Titular puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

- Identificación oficial o documento con el que se acredite la representación del Titular.
- Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

A dicha información, BUPA dará respuesta en un plazo máximo de 20 días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el Titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se de a su información personal.

BUPA se reserva el derecho a modificar este Aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.bupa.com.mx

Se entenderá que el Titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

He Leído y me doy por enterado del presente aviso de privacidad, de igual forma, estoy de acuerdo en todos sus términos.

NOMBRE Y FIRMA

8 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

De común acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, enterado(a) de lo anterior y para efectos de esta Solicitud, declaro estar dispuesto(a) a que se me practique a mí o a mis dependientes un examen médico, si la Aseguradora lo estima necesario, mismo que correrá a cargo de ésta. Además, autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado para dicho examen, a proporcionar a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (de ahora en adelante "la Aseguradora") todos los informes que se refieren a mi salud o la de mis dependientes.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el establecimiento de mi salud o la de alguno de mis dependientes, a proporcionar a la Aseguradora todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar mi solicitud, o en cualquier momento en que la Aseguradora lo considere necesario.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado cobertura, para que proporcionen a la Aseguradora la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi Solicitud, y que a su vez, la Aseguradora proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta Solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado por mi persona.

Hago constatar que la información y datos asentados en esta Solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo con que sirvan como evaluación para el seguro que solicito, siendo o no dichas declaraciones de mi puño y letra.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que en caso de aceptarse, dicha aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaramos bajo protesta de decir verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente solicitud constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Nos hemos enterado detenidamente de las cláusulas principales que contendrá la póliza que en si caso extienda la Aseguradora, otorgamos de una manera expresa nuestra conformidad con dichas cláusulas, y aceptamos las obligaciones que las mismas nos imponen como contratantes.

Queda convenido que la Aseguradora tendrá treinta (30) días, contados desde la fecha de recepción de esta Solicitud, para aceptar y dar curso a la misma. Si durante dicho período no recibimos la aceptación o negativa para esta Solicitud, ni noticia alguna en relación a la misma, dicha Solicitud se considerará como rechazada por la Aseguradora.

9 BENEFICIARIOS


El caso de que el beneficiario del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se designa como beneficiario contingente a: _____

10 FIRMA: Las firmas abajo constituyen la aceptación de los reconocimientos y autorizaciones descritos en la sección No 7 y 8

De acuerdo con las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se declara lo siguiente:


Siendo la prima equivalente a 10,000 dólares se anexa copia de identificación oficial, constancia de clave única de registro de población y comprobante de domicilio actualizado.

Siendo la prima menor al monto antes mencionado, entiendo que al no adjuntar la documentación solicitada esta se deberá de presentar al momento de un siniestro.

Firma del Contratante y/o asegurado principal: 	Nombre del contratante y/o asegurado principal (en letra de molde):	Fecha: ____/____/____
---	---	------------------------------

10 FIRMA: Las firmas abajo constituyen la aceptación de los reconocimientos y autorizaciones descritos en la sección No 7 y 8 (continuación)

Como agente acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas por mi conducto, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro.
Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

Firma del Agente (testigo): 	Nombre del Agente en letra de molde: 	Fecha: ____/____/____
--	--	------------------------------

Clave del Agente _____
Nombre del Agente General _____
Clave del Agente General _____

11 INFORMACIÓN DEL PAGO (el pago debe ser presentado con la Solicitud)

- Modalidad de la póliza: Anual
 Semestral
 Trimestral *

* Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito

Prima: \$ _____
Anexos de cobertura opcional: \$ _____
Derecho de Póliza: \$ _____
Cantidad Total: \$ _____

Método de Pago: Opción 1

- Cheque

Nota: **NO ENVIAR EFECTIVO.** El pago debe ser emitido a nombre de: **Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**

Método de Pago: Opción 2

- Transferencia bancaria

Información bancaria: **BANAMEX**
SUCURSAL 197 C.F. Lomas
CUENTA EN PESOS # 5951460 CLABE: 002180019759514604

BBVA
SUCURSAL 0956 C.F. Lomas
CUENTA EN PESOS # 0156150349 CLABE: 012180001561503490 CONVENIO CIE: 796255
EL NUMERO DE REFERENCIA BANCARIA SERA INCLUIDA EN SU RECIBO DE PAGO

Método de Pago: Opción 3

- Tarjeta de Crédito **Favor proporcionar la siguiente información:**

Nombre del Asegurado _____
autorizo a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. cargar a mi tarjeta de crédito:




No. de Póliza: _____	Periodicidad: <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual	Contratante: <input type="radio"/> Persona Física <input type="radio"/> Persona Moral
----------------------	---	--

Datos del Tarjetahabiente

Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____
Nombre(s): _____	Tel. Contacto: _____
Celular: _____	Correo Electrónico: _____
Parentesco con el asegurado: Mismo <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Hermano <input type="radio"/> Cuñado <input type="radio"/> Sobrino <input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Nieto <input type="radio"/> Representante Legal Elector <input type="radio"/>	

11 INFORMACIÓN DEL PAGO (el pago debe ser presentado con la Solicitud) (continuación)

Solicito y autorizo a la institución bancaria afiliada a Visa, Master Card o American Express, para que con base en el contrato de apertura de crédito que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta abajo citada, o en su caso, el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco, se sirvan pagar por mi cuenta a Bupa México Compañía de Seguros, SA de CV., los cargos por los conceptos relacionados al número de Póliza que en este documento se detalla. La arriba detallada, será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los servicios ofrecidos, liberando al banco en cualquier reclamación que se genere por parte del tarjetahabiente.

Datos de la Tarjeta		
Tarjeta:	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	Banco Emisor:
Número de Tarjeta:	Código de seguridad:	Fecha de expiración:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Importe: \$	M.N.	
Importe con letra:		

Si las condiciones de la póliza prevén futuras modificaciones (renovaciones, altas, etc.) en el importe, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen con la nueva cantidad sin que se requiera otra autorización de mi parte. Para evitar la cancelación de la póliza en referencia, todos los cargos podrán ser realizados hasta con dos días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Entiendo que el contratante de la póliza es la única persona que se reserva el derecho de optar por otro instrumento de pago o cancelar la autorización de los cargos automáticos cuando así lo desee, previa notificación por escrito a Bupa México, Compañía de Seguros, SA de CV., con 15 días de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Reconozco que si el cargo directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado por cualquier razón, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de Gastos Médicos dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de emisión, o mi póliza será cancelada en términos de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Firma del Tarjetahabiente

Fecha

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta responsabilizándose de éstos, de acuerdo al Artículo 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito. En cumplimiento al Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, solicitamos por ambos lados fotocopia de la identificación del titular de la tarjeta de crédito.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de seguros y Fianzas, de conformidad con los dispuestos por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, bajo el registro número CGEN-S0065-0025-2012 con fecha 08/05/2012.

Bldv. Manuel Ávila Camacho No. 88; Piso 5, Col. Lomas de Chapultepec
Tel.: (55) 5202 17 01 • Fax: (55) 5202 2097
serviciocliente@bupalatinamerica.com
usamed@usamedicalservices.com
www.bupa.com.mx