

# SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL



Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco. 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, mismo que ponemos a su disposición en la sección 9.

Notas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Póliza nueva  Dependiente adicional  Cambio Fecha solicitada de inicio de cobertura DD / MM / AA

En caso de solicitar efectos retroactivos el contratante o el asegurado titular declara bajo protesta de decir verdad que el siniestro no se ha realizado y el riesgo cubierto por la póliza no ha ocurrido.

Nota: la fecha solicitada de inicio de cobertura no podrá ser posterior a la fecha de firma.

## 1. Relación de documentos para identificación del cliente

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprobante de inscripción para firma electrónica avanzada (cuando cuente con ella).  | <input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente.  |
| <input type="checkbox"/> Identificación personal del apoderado o representante legal (solo persona moral).   | <input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva con datos de registro (solo persona moral).  |
| <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"/> Documento que acredite su internación o legal estancia en el país (cuando sea de nacionalidad extranjera).                                     |
| <input type="checkbox"/> Cédula Fiscal: (Persona física: no será necesario si el # de identificación fiscal aparece en otro documento emitido por la autoridad fiscal; siempre y cuando cuente con ellos, Persona moral: obligatorio). | <input type="checkbox"/> Constancia de Clave Única de Registro de Población (CURP) (No será necesaria, si la clave aparece en otro documento o identificación oficial). |

## 2. Elija su plan

Para obtener el detalle de la cobertura del plan que ha elegido, consulte las Condiciones Generales y la Tabla de Beneficios correspondiente.

### Producto Nacional - Médica Total Plus

Suma asegurada	<input type="checkbox"/> \$5,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$10,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$20,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$50,000,000 MXN
Deducible	<input type="checkbox"/> \$14,000 MXN*	<input type="checkbox"/> \$ 17,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$ 35,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$55,000 MXN
	<input type="checkbox"/> \$75,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$115,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$200,000 MXN	
Coaseguro	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<b>Zona Geográfica</b> <input type="checkbox"/> Zona1 <input type="checkbox"/> Zona2
Reconocimiento de antigüedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo favor de llenar tabla 8)		

**\*Esta opción de deducible solo puede ser contratada con coaseguro 10% o 20%**

### Producto Nacional - Médica Vital

Suma asegurada	<input type="checkbox"/> \$1,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$2,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$3,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$4,000,000 MXN
	<input type="checkbox"/> \$5,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$10,000,000 MXN		
Deducible	<input type="checkbox"/> \$0 MXN	<input type="checkbox"/> \$15,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$30,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$50,000 MXN <input type="checkbox"/> \$100,000 MXN
Coaseguro	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<b>Zona Geográfica</b> <input type="checkbox"/> Zona1 <input type="checkbox"/> Zona2
Tope de coaseguro	<input type="checkbox"/> \$30,000 MXN		<input type="checkbox"/> \$40,000 MXN	

HDI SEGUROS, S.A. DE C.V. y BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. participan a través de una operación de coaseguro, por lo que en lo sucesivo, para el contrato de seguro y su documentación contractual, se les denominará en conjunto como "La Compañía", o bien como "HDI SEGUROS" o como "BUPA", según corresponda a la atención brindada por cada institución.

Otros productos			
Nombre del seguro			
Suma asegurada			
Deducible		Coaseguro	
Coberturas adicionales			
Únicamente disponible para Medica Total Plus y Medica Vital:		<input type="checkbox"/> Asistencia en el Extranjero	
<input type="checkbox"/> Otras coberturas adicionales, especificar:			
3. Datos Generales de Identificación. Datos generales de identificación del contratante persona física			
Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre(s))			No. de Póliza
Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	CURP (si cuenta con ella)
DD / MM / AA			
Nacionalidad		RFC con homoclave	
No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)			
Profesión u ocupación - detallar	No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)		
Régimen fiscal (consulta la página <a href="http://www.sat.gob.mx">www.sat.gob.mx</a> )			Indica uso de CFDI: <input type="checkbox"/> D07 Primas por Seguro de Gastos Médicos <input type="checkbox"/> G03 Gastos en general
Datos generales de identificación del contratante persona moral			
Razón o denominación social:		No. de Póliza:	
Fecha de constitución	Folio mercantil	No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)	
DD / MM / AA			
Nacionalidad		RFC con homoclave	
Objeto social o giro	No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)		
Régimen fiscal (consulta la página <a href="http://www.sat.gob.mx">www.sat.gob.mx</a> )			Indica uso de CFDI: <input type="checkbox"/> G03 Gastos en general
Origen de los recursos: (Marcar la casilla correspondiente)			
<input type="checkbox"/> Actividad económica o giro declarado	<input type="checkbox"/> Recursos de cónyuge o concubino(a)	<input type="checkbox"/> Recursos de padre o madre	
<input type="checkbox"/> Herencia/Donación	<input type="checkbox"/> Pensión/Rendimiento de inversiones	<input type="checkbox"/> Otro	
Detallar origen:			
Domicilio de residencia en México			
Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o delegación
Colonia	Entidad federativa		

Ciudad o población	Código postal	Clave lada	Teléfono particular	Correo electrónico					
<b>Domicilio fiscal (cuando sea diferente al domicilio de residencia)</b>									
Calle		No. Exterior	No. Interior	Municipio o delegación					
Colonia		Entidad federativa							
Ciudad o población	Código postal	Clave lada	Teléfono particular	Correo electrónico					
<b>Datos generales del representante legal (persona moral)</b>									
Nombre completo				Nacionalidad					
<p>Persona(s) que posea (n) o controle (n) directa o indirectamente un % igual o superior al 25% de capital o de los derechos del voto o en su defecto del Administrador Único o Administradores. <b>Sección aplicable en caso de Contratante persona moral de nacionalidad mexicana.</b> Nota: Se deberá llenar y entregar el Formulario Único de Identificación y Conocimiento del cliente de las personas declaradas en esta sección.</p>									
Nombre Completo o Razón Social			Nacionalidad	% Accionario					
<b>Información adicional solo para persona física o representante legal</b>									
¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno?	<input type="checkbox"/> Sí	Definir cargo	Dependencia						
	<input type="checkbox"/> No								
<p><b>Tabla de datos generales (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí: ■ )</b>  <b>En caso de estar solicitando asegurar únicamente a menores de edad, deberá de llenar los datos del Tutor Legal y marcar la casilla correspondiente.</b></p>									
Ref. figura	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo (F/M)	Estatura (Mts)	Peso (Kg)	Estado civil
T*				<input type="checkbox"/> Tutor no asegurado	DD / MM / AA				
C*					DD / MM / AA				
D1*					DD / MM / AA				
D2*					DD / MM / AA				
D3*					DD / MM / AA				
D4*					DD / MM / AA				

**\*Especifique en este apartado si usted es tutor o representante legal de la(s) persona(s) asegurada(s)**

\*Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) / Ref. figura: T- titular, C - cónyuge, Dependientes - D1, D2, D3, D4.

### Tabla de datos generales

Si el domicilio de todos los integrantes es el mismo que el del titular marque aquí

Ref. figura	Domicilio completo	Código Postal	Correo electrónico	Teléfono	Nacionalidad
T					
C					
D1					
D2					
D3					
D4					

Preguntas solo para dependientes

**D1** **D2** **D3** **D4**

Si se trata de una adición de un recién nacido, ¿nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada?

Alguno de los dependientes mayores de 18 años, ¿es estudiante de tiempo completo?

### 4. Cuestionario médico (si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí: ■ )

Esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de la compañía y desea cambiar su plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su solicitud. **Nota: todo solicitante de 65 años o más debe presentar un formulario de Declaración Médica y anexar el resultado de los estudios solicitados.**

#### Historial médico - Alguno de los solicitantes o dependientes:

	Sí	No	Nombre de quien padece
1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o accidente en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Está o ha sido hospitalizado u operado por cualquier motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Se encuentra actualmente bajo algún(os) tratamiento(s) prescrito(s) por un profesional de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Tiene algún síntoma, dolor o malestar persistente o crónico (más de 8 días) no diagnosticado o padece de alguna malformación de nacimiento, enfermedades congénitas y/o genéticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**¿Algún(os) solicitante(s) o dependiente(s) padece(n) o ha(n) padecido de enfermedades?**

5. ¿Del corazón, sistema vascular o de la circulación sanguínea (Presión arterial alta, angina/dolor de pecho, ataque cardiaco, insuficiencia cardiaca, latidos cardiacos anormales, aneurismas, varices, afecciones de las arterias coronarias (con o sin colocación de stent), colesterol elevado, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Del sistema endócrino (diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, problemas de tiroides, problemas de hipófisis o de talla baja, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Del sistema respiratorio (asma, EPOC, bronquitis crónica, neumonía, tuberculosis, infecciones o alergias respiratorias como fiebre del heno, anafilaxia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Del sistema digestivo (esófago, estómago, gastritis, úlcera gástrica, duodeno, intestinos, hígado, páncreas, vesícula biliar, colon, divertículos, hemorroides, enfermedades ano rectales, pancreatitis, hepatitis, cirrosis o hernias hiatales, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿De la piel o sus anexos (eczema, dermatitis, psoriasis, acné, lunares, lupus discoide, alergias cutáneas, problemas en las uñas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Neurológicas, cerebrales o del sistema nervioso (convulsiones, migrañas, neuritis, parálisis, enfermedades como esclerosis múltiple, derrames/infartos cerebrales (eventos cerebrovasculares), meningitis, herpes zoster, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ¿Del sistema musculoesquelético (columna vertebral, cadera, rodilla, hernias de cualquier tipo, artritis, fracturas, desgaste articular, cirugías, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Del sistema genitourinario o urológicas (riñones, vejiga, uréteres, cólicos reno-ureterales, incontinencia, reflujo vesico-ureteral, próstata (en hombres), etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ¿De la sangre, del sistema inmune o hematológicas (enfermedades inmunológicas de la sangre, lupus eritematoso sistémico, anemias autoinmunes, enfermedad reumática, talasemias, deficiencias de la coagulación o enfermedades de la colágena, púrpura, VIH-SIDA, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. ¿De los órganos de los sentidos - nariz, oídos, ojos y garganta (afectación a la agudeza visual, cataratas, glaucoma, queratocono, sinusitis, amígdalas y adenoides, pérdida auditiva, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. ¿Psiquiátricas, psicológicas, de la mente o del comportamiento (esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, autismo, déficit de atención, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Detalles (en caso de pregunta con respuesta afirmativa) si desea agregar a más personas, por favor escriba su nombre y datos de contacto en una hoja aparte y confirme que lo ha hecho marcando aquí: ■**

No. Pregunta	Ref. Figura	Diagnóstico	Tratamiento	Estado actual	Periodo
					Inicio DD / MM / AA
					Fin DD / MM / AA
					Inicio DD / MM / AA
					Fin DD / MM / AA
					Inicio DD / MM / AA
					Fin DD / MM / AA

					Inicio DD / MM / AA
					Fin DD / MM / AA
					Inicio DD / MM / AA
					Fin DD / MM / AA
					Inicio DD / MM / AA
					Fin DD / MM / AA
					Inicio DD / MM / AA
					Fin DD / MM / AA

**Exámenes médicos:**

**¿Alguno de los solicitantes se ha realizado un examen médico general (Check Up) en los últimos 6 meses?**

Ref. Figura	Fecha	Tipo de estudio	Resultado fuera de rango	Detalle
	DD / MM / AA		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	DD / MM / AA		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	DD / MM / AA		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**Hábitos toxicológicos: ¿El solicitante y/o dependiente tiene o tuvo alguno de los siguientes hábitos toxicológicos?**

Ref. Figura	¿Fuma o ha fumado?		Desde-Hasta		Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde-Hasta		Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde-Hasta		Frecuencia y cantidad
	Sí	No	Año	Año		Sí	No	Año	Año		Sí	No	Año	Año	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Historia familiar: Tiene el solicitante y/o alguno de los dependientes historia familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o desorden cardiovascular congénito o hereditario, en caso afirmativo detalle abajo:**

Ref. Figura	Parentesco	Padecimiento

**Preguntas exclusivas para mujeres**

Preguntas	Sí	No	Ref. figura	Detalle

a) Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, ¿enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, entre otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Citología exfoliativa (papanicolau); último reporte anual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha: DD / MM / AA Resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
c) ¿Está embarazada? (de ser afirmativo, debe contestar cuestionario adicional).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semana de gestación:
d) ¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Preeclampsia eclampsia, diabetes gestacional, embarazo ectópico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) ¿Ha tenido algún aborto, legrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo:
f) ¿Ha tenido tratamientos de fertilidad/infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha: DD / MM / AA

### Detalles

Ref. Figura	Embarazos			Partos			Cesáreas			Legrados		
	Sí	No	Cantidad									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Preguntas exclusivas para hombres

Preguntas	Sí	No	Ref. figura	Detalle
¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### 5. Médico tratante: Si el solicitante y/o cualquiera de sus dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya datos

Ref. Figura	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono

### 6. Detalle sobre su pago

Para obtener el detalle de la cobertura del plan que ha elegido, consulte las Condiciones Generales y la Tabla de Beneficios correspondiente.

Modalidad de la póliza:  Anual  Semestral  Trimestral\*  Mensual\*

**\*Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito/débito.**

El agente deberá requisitar el formato de autorización con cargo a tarjetas de crédito / cuentas de cheque. El Cliente acepta y reconoce que HDI SEGUROS hará cargos recurrentes a la última tarjeta de crédito/débito proporcionada para el pago de la póliza de seguro contratada y en la periodicidad señalada. En caso de requerir algún cambio en la forma y medio de pago será obligación del Cliente informar a su agente de seguros. **Nota importante:** HDI SEGUROS no recibe efectivo en sus oficinas. Los agentes de seguros e intermediarios en general no están autorizados para recibir pagos en efectivo ni cheques personales a nombre del agente o al portador.

## 7. Beneficiario

En caso de que el asegurado titular/contratante del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se designa como beneficiario contingente para que reciba los pagos correspondientes en su nombre y representación a:

Nombre(s)	Apellido paterno y materno	Fecha de nacimiento
		DD / MM / AA

Domicilio

Correo electrónico

Esta designación es válida hasta el monto máximo de 1000 Unidades de Medida (UMA) vigentes en la Ciudad de México, y en caso de muerte del beneficiario contingente del seguro, quedará sin efecto.

## 8. Información sobre otros seguros

Llenar si el solicitante y/o dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura gastos médicos mayores con Bupa u otra compañía. Favor adjuntar factura en PDF y XML del pago de los últimos 12 meses. Favor de anexar la carátula de su póliza y la(s) factura(s).

Ref. Figura	Nombre de la compañía	No. de póliza	Antigüedad (años asegurado)	Fecha de renovación
				DD / MM / AA
				DD / MM / AA
				DD / MM / AA
				DD / MM / AA
				DD / MM / AA

## 9. Aviso de privacidad

### Identidad y domicilio del responsable

HDI SEGUROS S.A. de C.V. (en lo sucesivo "HDI"), con domicilio Boulevard San Juan Bosco No. 5003, Colonia Rancho Seco, C.P. 37669, en la ciudad de León, Guanajuato, México, en su carácter de Responsable, emite el presente Aviso de Privacidad para establecer los términos y condiciones bajo los que tratará sus Datos Personales en cumplimiento con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "LFPDPPP") y su Reglamento.

### Datos personales que recaba HDI

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente Aviso de Privacidad, HDI recabará datos personales de identificación, información de contacto, laborales, académicos, de tránsito o migratorios, sobre procedimientos administrativos o jurisdiccionales, patrimoniales o financieros, geolocalización e imagen.

Datos personales sensibles, que son en general, todos aquellos que afecten la esfera más íntima del Titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para este. En particular, se considerarán sensibles los que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud pasado y presente, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas o preferencia sexual.

HDI podrá recabar datos personales de menores de edad y personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad obteniendo de forma previa y por escrito el consentimiento de sus padres o tutor, manteniendo durante el tratamiento las medidas de seguridad más estrictas para garantizar su confidencialidad.

### Finalidades del tratamiento de datos personales

#### Finalidades primarias:

Con el objetivo de brindarle los servicios contratados, HDI tratará sus datos personales para: I) la prospección, suscripción, contratación y renovación de pólizas de seguro; II) facturación y cobranza; III) determinar hábitos de conducción; IV) telemática y telemedicina; V) atención y seguimiento de siniestros; VI) prevención de fraudes o delitos; VII) crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil; VIII) gestionar la prestación de las coberturas y/o los beneficios contratados con proveedores de servicios de salud; IX) servicios de reparación; X) pago de indemnizaciones y reembolsos; XI) cobro de deducibles y recuperaciones; XII) coaseguro y reaseguro; XIII) estadística; XIV) venta de salvamentos; y XV) acceso, control y seguridad dentro de sucursales u oficinas.

En caso de que no se formalice la contratación de algún producto o servicio, HDI eliminará los datos personales que le haya recabado en el proceso de prospección.

**Finalidades Secundarias:**

Para brindarle una mejor atención, HDI tratará sus datos personales para las finalidades no esenciales siguientes: I) mercadotecnia e investigaciones de mercado; II) publicidad o prospección comercial de productos, servicios y promociones no contratados; III) invitaciones para participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro promocionadas por HDI; IV) realizar encuestas de servicio y V) prevención de riesgos.

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para las finalidades secundarias descritas con anterioridad, deberá manifestar su negativa a dicho tratamiento durante los 5 días hábiles posteriores a la fecha en la que se recaben. Para facilitar el ejercicio de este derecho, ponemos a su disposición el formato denominado "Solicitud de derechos ARCO, Revocación o Negativa de consentimiento para Prospectos y Clientes" que puede descargar en la página

<https://www.hdi.com.mx/aviso-de-privacidad-prospectos-y-clientes/> o solicitarla al correo electrónico [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx)

**9. Aviso de privacidad****Transferencia de datos personales:**

Para cumplir con las obligaciones derivadas de los servicios que usted contrate y las que le imponen las leyes que lo regulan como Institución de Seguros, HDI podrá transferir sus datos personales a:

- a) Autoridades mexicanas y extranjeras.
- b) Sociedades relacionadas.
- c) Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador.
- d) Compradores de salvamentos.
- e) Proveedores de servicios de salud.
- f) Proveedores de servicios de asistencia
- g) Proveedores de servicios de geolocalización y telemática.
- h) Proveedores de servicios legales.
- i) Agencias y talleres de reparación automotriz.
- j) Terceros que acrediten el carácter de beneficiarios del seguro.
- k) Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V.

De forma adicional a las transferencias enlistadas con anterioridad, HDI recabará su consentimiento previo y por escrito, para transferir sus datos personales y/o personales sensibles a su agente de seguros o todo canal de comercialización, con la finalidad de que le brinde asesoría relacionada con: trámites, pagos, siniestros, reembolsos, promociones, renovación y servicios adicionales que brinde como intermediario.

- En caso de que no desee que sus datos personales sean transferidos a su agente de seguros o todo canal de comercialización, indíquelo utilizando la versión para impresión del presente aviso, marcando con una "X" la casilla que aparece a la izquierda de este párrafo y remitiéndolo (con sus datos de identificación: nombre completo, domicilio, teléfono y correo electrónico; firmado y digitalizado) al correo electrónico [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx)

Nota: los datos de identificación pueden ser colocados en el cuerpo del correo.

Si no recibimos su comunicación, o la misma no cumple con los requisitos precisados en el párrafo anterior, entenderemos que usted manifiesta su consentimiento para que transfiramos sus datos al referido agente de seguros o todo canal de comercialización.

**Ejercicio de derechos ARCO:**

En cualquier momento, de forma directa o a través de su representante legal, usted puede solicitar a HDI el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (derechos ARCO) de los datos personales sujetos a tratamiento. Para facilitar el ejercicio de estos derechos, ponemos a su disposición el formato denominado "Solicitud de derechos ARCO, Revocación o Negativa de consentimiento para Prospectos y Cliente" que puede descargar en la página

<https://www.hdi.com.mx/aviso-de-privacidad-prospectos-y-clientes/> o solicitarla al correo electrónico [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx)

**Revocación del consentimiento:**

Usted puede revocar el consentimiento otorgado a HDI para el tratamiento de sus datos personales para las finalidades secundarias establecidas en el presente aviso. Para facilitar el ejercicio de este derecho, ponemos a su disposición el formato denominado "solicitud de derechos ARCO, Revocación o Negativa de consentimiento para Prospectos y Clientes" que puede descargar en la página <https://www.hdi.com.mx/aviso-de-privacidad-prospectos-y-clientes/> o solicitarla al correo electrónico [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx)

**Procedimiento para ejercer derechos ARCO y negar o revocar su consentimiento:**

1. Una vez que haya descargado, impreso, llenado y firmado autógrafamente el formato "Solicitud de derechos ARCO, Revocación o Negativa de consentimiento para Prospectos y Clientes" debe presentarlo en original en la oficina de Customer Care Center de HDI, ubicada en Blvd. Adolfo López Mateos 2002, Colonia Peñitas, C.P. 37180, en la ciudad de León, Guanajuato.

También ponemos a su disposición la opción de que, previa digitalización, nos envíe el referido formato a la dirección de correo electrónico [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx)

No podremos dar trámite a su solicitud si no cuenta por lo menos con su nombre completo, firma autógrafa y domicilio; o señalamiento de algún otro medio para recibir la respuesta.

2. Es indispensable que acompañe al formato descrito en el punto anterior, copia simple o digitalización de algún documento oficial de identificación vigente (credencial para votar, pasaporte o forma migratoria) y cualquier otro documento que facilite la localización de los datos personales.

En caso de que la solicitud la presente a través de su representante legal, para dar trámite a la misma, deberá acompañar la identificación oficial de ambos, así como el documento que acredite la representación.

3. En caso de que la información proporcionada en su solicitud sea insuficiente, errónea o no incluya los documentos de acreditación correspondientes, HDI podrá solicitarle por única ocasión que subsane las omisiones en cuestión dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. Usted o su representante legal contarán con diez días hábiles para subsanar las omisiones, contados a partir del día siguiente en que haya recibido la notificación. En caso de no dar respuesta se tendrá por no presentada su solicitud.

4. Únicamente para ejercicio de derechos ARCO, en la respuesta le indicaremos la modalidad o medios en los que podrá obtener la reproducción de los datos personales que haya solicitado.

Hacemos de su conocimiento que el departamento de atención a clientes dará trámite a sus solicitudes de ejercicio de derechos ARCO, a quienes podrá contactar a través de la cuenta de correo electrónico [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx)

Le recordamos que usted podrá reportar también incidentes de privacidad, así como formular inconformidades, quejas o reclamaciones relacionadas con el tratamiento de sus datos personales dirigiéndolas a la dirección de correo electrónico [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx)

#### **Limitación de uso o divulgación de la información:**

Usted en todo momento podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, solicitando a través de correo electrónico dirigido a [protecciondatos@hdi.com.mx](mailto:protecciondatos@hdi.com.mx) su inscripción en el listado de exclusión de HDI. Así mismo, podrá registrarse en el Registro Público de Usuarios (REUS) de la CONDUSEF, ingresando a

<https://www.gob.mx/tramites/ficha/registro-publico-de-usuarios-reus-para-personas-fisicas/CONDUSEF2536>

#### **Uso de cookies:**

HDI informa que en su página de Internet utiliza cookies para identificar tendencias, recordar a los usuarios, personalizar el sitio de acuerdo con sus preferencias y para fines de publicidad.

Estas cookies no recaban información alguna que permita identificar al usuario, se utilizan únicamente con el fin de ayudar a HDI a mejorar la funcionalidad de su sitio web y a tener una mejor comprensión de los intereses de sus visitantes.

Se puede deshabilitar o bloquear el uso de cookies en su navegador en cualquier momento. Para obtener más información sobre cookies, incluyendo la diferencia entre cookies de sesión y cookies persistentes puede visitar: [www.allaboutcookies.org](http://www.allaboutcookies.org).

#### **Cambios al aviso de privacidad:**

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de los requerimientos legales, de las propias necesidades derivadas de los productos que HDI ofrece, de las prácticas de privacidad; de cambios en el modelo de negocio, o por otras causas. Cuando esto llegue a suceder, HDI lo notificará por alguno de los siguientes medios: en el portal de Internet de HDI: [hdi.com.mx](http://hdi.com.mx) y/o a través de medios impresos de circulación nacional, y/o a través de comunicados colocados en las oficinas de HDI

## **10. Reconocimiento y autorización**

Hago constar que la información y datos personales propios, así como los del asegurado titular, dependientes y beneficiarios, asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo con que sirvan como evaluación para el seguro y cobertura que solicito. En caso de que La Compañía así lo estime necesario, declaro estar dispuesto(a) a que se me practique a mí y/o a mis dependientes un examen médico mismo que correrá por cuenta de La Compañía.

En este acto autorizo a los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y proveedores de servicios médicos en general que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el establecimiento de mi salud, la del asegurado titular o la de alguno de mis dependientes a proporcionar a La Compañía todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud. Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado cobertura para que proporcionen a La Compañía la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud, y que a su vez, La Compañía 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 para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro bajo potestad 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.

De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados anteriormente, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. La firma de la presente solicitud constituye la aceptación expresa y por escrito de todas las declaraciones listadas arriba, incluyendo el aviso de privacidad simplificado.

Si cualquiera de los solicitantes requiere cuidado o tratamiento médico después de que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a La Compañía para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, La Compañía se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

**Estimado asegurado, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: [hdi.com.mx/condiciones-generales/](http://hdi.com.mx/condiciones-generales/).**

### 11. Declaración de origen lícito de recursos

Declaro bajo potestad de decir la verdad que los valores entregados en La Compañía, por concepto de pago de prima o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito.

Asimismo, 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 La Compañía.

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

### 12. 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, se deberán recabar datos y documentos del tercero.

Manifiesto que La Compañía me ha proporcionado las Condiciones Generales del plan a contratar en términos del artículo 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismas que se encuentran disponibles en la página web: [hdi.com.mx/condicionesgenerales](http://hdi.com.mx/condicionesgenerales).

Ciudad:	En caso de que actúe en nombre de un tercero, mencione el nombre de esta persona:
Firma del contratante (quien paga la prima)	Fecha DD / MM / AA

### 13. Apartado exclusivo para el agente

#### 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.

Los agentes de seguros y/o ejecutivos de venta deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada.

Asimismo, proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento, relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes y/o ejecutivos de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas; ni tiene la facultad para cancelar el seguro o recibir la solicitud de cancelación correspondiente.

El agente y/o ejecutivo de seguros manifiesta que ha entregado al contratante las condiciones generales del seguro cuya contratación se propone en esta solicitud.

El Agente da fe de que ha informado a quien pretenda contratar el seguro de manera amplia, clara y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada así como la veracidad de los datos proporcionados por el Asegurado y que se han incluido en este formato ( Artículo 96 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas). Asimismo, que el Agente le ha informado al solicitante, su cédula con número y tipo de autorización vigente, así como el domicilio donde realiza sus actividades.

Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información de la presente es verídica.

Clave del Agente:	Nombre y firma del Agente o Ejecutivo y tipo de Cédula vigente (B)
-------------------	--

Domicilio del Agente:

#### 14. Consentimiento para el envío de documentación contractual

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de medios electrónicos o digitales.

Sí consiento     No consiento

Por lo anterior, autorizo a La Compañía a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente a la siguiente cuenta de correo electrónico:

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Titular

#### 15. Manifiesto que la información declarada en la presente solicitud es verídica

**Manifiesto bajo protesta de decir verdad que toda la solicitud fue llenada por mi puño y letra a pesar de la diferencia de tintas en la misma, por lo que ratifico el contenido de la misma para todos los efectos legales a que haya lugar.**

Fecha de firma:		de		del 20	
Nombre del titular				Nombre del contratante:	
Firma del titular				Firma del contratante	

**HDI SEGUROS, S.A. de C.V.** Boulevard San Juan Bosco No. 5003, Colonia Rancho Seco, C.P. 37669, León, Guanajuato, México. Tel (55) 6826 9292. [hdi.com.mx/personas/gastosmedicos](http://hdi.com.mx/personas/gastosmedicos)

En caso de cualquier duda ponemos a tu disposición nuestros números de atención: 55 6826 9292.

Adicionalmente puedes acudir a nuestro departamento de **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa México** ubicada en Avenida Ejercito Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México. Teléfono 555202 1701 Correo electrónico: [une@bupa.com.mx](mailto:une@bupa.com.mx), en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, o bien contacte a la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)** con domicilio en Avenida Insurgentes Sur, Número 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfono: 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o al 800 999 8080 desde el interior de la República, correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), o visite la página [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef)

**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 03 de julio de 2024, con el número CNSF-S0027-0259-2024/CONDUSEF-006494-01.**