

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO MÉDICA VITAL PyME



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.

1. Información del contratante.

Nombre y apellidos del Administrador o Representante legal del grupo	Nacionalidad	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)

2. Datos generales de identificación

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 www.sat.gob.mx)		Indica uso de CFDI: <input type="checkbox"/> G03 Gastos en general	

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 www.sat.gob.mx)		Indica uso de CFDI: <input type="checkbox"/> D07 Primas por Seguro de Gastos Médicos <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

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.

Colonia			Entidad federativa	
Ciudad o población	Código postal	Clave lada	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	Clave lada	Teléfono particular	Correo electrónico

Persona(s) que posean o controlen 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. (Sección aplicable en caso de Contratante Persona Moral de nacionalidad mexicana). **Nota:** Se deberá llenar y entregar el Formulario Único de Identificación y Conocimiento del cliente de las personas declaradas en esta sección.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	% de Participación / Administrador / Director general
	DD / MM / AA	
	DD / MM / AA	
	DD / MM / AA	

Información adicional solo para Persona Física o Representante Legal

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

3. 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: hdiseguros.com.mx

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

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

Tipo de identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número

Nombre y firma del agente, ejecutivo o promotor:

5. Características de la colectividad (Anexar relación de asegurados).

Se solicita la expedición de un certificado individual conforme a la información en esta solicitud y los consentimientos de los miembros de la colectividad asegurada integrada por:

<input type="checkbox"/> Personal Activo de la Nómina	<input type="checkbox"/> Personal Activo por honorarios	<input type="checkbox"/> Personal Activo Temporal
<input type="checkbox"/> Personal Activo Sindicalizado	<input type="checkbox"/> Personal Activo de Confianza	<input type="checkbox"/> Socios / Accionistas de la Compañía
<input type="checkbox"/> Otros (especifique):		
Tipo de administración:	<input type="checkbox"/> Simplificada	<input type="checkbox"/> Autoadministrada
Regla de asegurabilidad:	<input type="checkbox"/> Todos los Empleados	<input type="checkbox"/> Gerentes
	<input type="checkbox"/> Dependientes (Cónyuges/Concubinas(os) e Hijos)	<input type="checkbox"/> Otros:
Recursos para el pago de primas:	<input type="checkbox"/> Prestación (100% Patrón)	
	<input type="checkbox"/> Voluntario (100% Empleado)	

Regla de asegurabilidad: Es la característica o características que reúnen los miembros de la Colectividad a fin de poder formar parte del grupo o subgrupo de la póliza de Colectivo, dichas características son definidas por el Contratante al momento de solicitar la emisión de la póliza, en la solicitud de seguro.

Autoadministración: Una póliza es autoadministrada cuando los ajustes de prima, por altas y bajas, se realizan al término de la vigencia o conforme al periodo pactado, previo acuerdo entre las partes. Los recibos de pago cuando se ha elegido forma de pago fraccionada son independientes a esta forma de operación. Dichos movimientos deberán ser reportados a **La Compañía** y reflejados en los registros correspondientes.

6. Plan y cobertura solicitada.

Suma asegurada	<input type="checkbox"/> \$500,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$1,000,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$2,000,000 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"/> \$4,500 MXN	<input type="checkbox"/> \$6,500 MXN	<input type="checkbox"/> \$8,500 MXN	<input type="checkbox"/> \$10,500 MXN	<input type="checkbox"/> \$16,000 MXN	<input type="checkbox"/> \$21,000 MXN
Coaseguro	<input type="checkbox"/> 5%		<input type="checkbox"/> 10%		<input type="checkbox"/> 15%	
Topo de coaseguro	<input type="checkbox"/> \$31,500 MXN		<input type="checkbox"/> \$52,500 MXN		<input type="checkbox"/> Sin topo	

Coberturas opcionales con costo adicional:

<input type="checkbox"/> Eliminación de periodos de espera	<input type="checkbox"/> Reembolso fuera de red	<input type="checkbox"/> Derecho de conversión
<input type="checkbox"/> Upgrade dental intermedia	<input type="checkbox"/> Asistencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Preexistencias limitadas
<input type="checkbox"/> Upgrade dental magno	<input type="checkbox"/> Pago de complementos	<input type="checkbox"/> Preexistencias amplias
<input type="checkbox"/> Eliminación cobertura de maternidad	<input type="checkbox"/> Incremento de suma asegurada de maternidad (indicar):	

7. Vigencia.

Fecha inicio:	DD / MM / AA	Fecha final:	DD / MM / AA
---------------	--------------	--------------	--------------

8. 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 hdi.com.mx/aviso-de-privacidad-prospectos-y-clientes/ o solicitarla al correo electrónico protecciondatos@hdi.com.mx

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 el 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

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

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 [hdi.com.mx/aviso-de-privacidad-prospectos-y-clientes/](https://www.hdi.com.mx/aviso-de-privacidad-prospectos-y-clientes/) o solicitarla al correo electrónico 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, Col. 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

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 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

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 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

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](https://www.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.

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

Nombre del titular de los datos personales recabados

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Firma del Titular

Fecha:

DD / MM / AA

9. Reconocimiento y autorización.

El Contratante para efectos de esta solicitud, declara estar dispuesto a que se le practique a todos los asegurados y dependientes del grupo o colectividad un examen médico, si **La Compañía** lo estima necesario, mismo que correrá a cargo de esta. Además, se autoriza a los médicos que les hayan examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayan ingresado para dicho examen, a proporcionar a **La Compañía** todos los informes que se refieren a esta solicitud.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que hayan atendido con anterioridad a los asegurados y dependientes del grupo o colectividad para el restablecimiento de su salud, a proporcionar a **La Compañía** todos los informes que refieran a su estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar la solicitud o en cualquier momento que **La Compañía** lo considere necesario. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente hayan solicitado cobertura, para que proporcionen a **La Compañía** la información de su conocimiento para la correcta evaluación de esta 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 evaluar cualquier propuesta de contratación de seguros del ramo que le sea solicitado para este grupo o colectividad.

Hago constar que la información y datos asentados en esta solicitud y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo que sirvan como evaluación para el seguro que se solicita, siendo o no dichas declaraciones de mi puño y letra. Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro bajo protesta de decir verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verdícas 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 para pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

El contratante y/o asegurados titulares y dependientes del grupo o colectividad estará obligado a declarar por escrito a **La Compañía** de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan incluir en las condiciones convenidas, tales como las 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 Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por cuenta de un representante o por cuenta de otro deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado, así como del tercero asegurado o su intermediario según corresponda. Lo anterior con fundamento en los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro ("LSCS"). Conozco y estoy enterado del contenido de las cláusulas principales que contendrá la póliza que en su caso extienda **La Compañía** y acepto y reconozco que de acuerdo con lo establecido en artículo 5to de LSCS que en caso de no estar de acuerdo o conforme con el contenido de la póliza tendré un plazo de 30 días para manifestar cualquier inconformidad al respecto, una vez transcurrido ese plazo reconozco que no podré solicitar modificación alguna.

La Compañía se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Esta solicitud no será válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

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/

10. 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.

Estimado contratante, 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/

11. 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 (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente, a la siguiente cuenta de correo electrónico:

Firma del Administrador o Representante Legal

12. Firma.

Las firmas abajo constituyen la aceptación de todas las declaraciones, reconocimientos, autorizaciones, designaciones y en general términos y condiciones de la presente solicitud.

Nombre del Administrador o Representante Legal:	Firma	Fecha
		DD / MM / AA

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 contratante 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.**

Nombre del agente o funcionario comercial responsable	Firma	Fecha
		DD / MM / AA

Clave del agente	Nombre del agente general	Clave del agente general

13. Información del pago (el pago debe ser presentado con la solicitud).

Nota importante: HDI no recibe efectivo en sus oficinas, los agentes de seguros e intermediarios en general no están autorizados para recibir pagos en efectivo, cheques personales a nombre del agente o al portador.

Forma de pago de la póliza:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral*	<input type="checkbox"/> 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 proporcionado 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.

HDI SEGUROS, S.A. de C.V. Boulevard San Juan Bosco No. 5003, colonia Rancho Seco, C.P. 37669, León, Guanajuato, México. Tel (55) 68269292. <https://www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores/>

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 Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México. Teléfono (55) 5202 1701, correo electrónico: 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, Código Postal 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, o visite la página 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 27 de febrero de 2026, con el número CNSF-S0027-0082-2026/CONDUSEF-007170-01.