SOLICITUD DE CAMBIOS EN LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

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.

1. AVISO DE PRIVACIDAD

HDI SEGUROS S.A. de C.V., con domicilio en Blvd. San Juan Bosco No. 5003, Col. Rancho Seco, C.P. 37669, en la ciudad de León, Guanajuato, México., en su carácter de responsable, recaba datos personales con el objetivo de brindar los servicios contratados y los tratará de acuerdo con las finalidades primarias: i) identificarte y verificar tu identidad; ii) la prospección, suscripción, contratación y renovación de pólizas de seguro; iii) registro, gestión, control y administración de clientes; iv) gestión, control, procesamiento y recepción de pagos; v) para la emisión de la factura y/o comprobante fiscal cuando así lo solicites; vi) para realizar la cobranza correspondiente de **HDI SEGUROS;** vii) determinar hábitos de conducción; viii) brindarte servicios de telemática y telemedicina; ix) atención y seguimiento de siniestros; x) prevención de fraudes o delitos; xi) crear y administrar tu perfil de servicios en línea y de aplicación móvil; xii) gestionar la prestación de las coberturas y/o los beneficios contratados con proveedores de servicios de salud; xiii) servicios de reparación; xiv) pago de indemnizaciones y reembolsos; xv) cobro de deducibles y recuperaciones; xvi) coaseguro y reaseguro; xvii) estadística y registro histórico de clientes; xviii) venta de salvamentos; xix) acceso, control y seguridad dentro de sucursales u oficinas de **HDI SEGUROS;** xx) conciliación y monitoreo de ingresos y egresos para cumplimiento fiscal; xxi) contactar a tus familiares, dependientes económicos y/o beneficiarios cuando sea necesario; xxii) contactarte para cualquier tema relacionado con la relación jurídica que sostenemos contigo; xxiii) archivo de información sobre el uso de nuestros servicios y/o adquisición de nuestros productos para el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables, incluyendo la defensa de los intereses de **HDI SEGUROS** ante instancias judiciales o administrativas; xxiv) realizar las transacciones correspondientes con instituciones bancarias que resulten, con motivo del pago de indemnizaciones y reembolsos, así como cobro de deducibles y recuperaciones; así como estas finalidades secundarias: i) mercadotecnia digital, física y directa; ii) investigaciones de mercado; iii) publicidad o prospección comercial de productos, servicios y promociones no contratados; iv) invitaciones para participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro promocionadas por **HDI SEGUROS**; v) realizar encuestas de servicio y vi) prevención de riesgos económicos, físicos, ambientales y tecnológicos. El asegurado podrá consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en la página www.hdi.com.mx

El **Contratante, Asegurados Titulares** y **Dependientes** del grupo o colectividad conocen que **HDI SEGUROS, S.A. de C.V.** y **Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.** participan en **Coaseguro** y podrán llevar a cabo el tratamiento de datos personales de manera autónoma e independiente. Asimismo, podrán llevar a cabo la transferencia de datos personales entre ellas, sus filiales y proveedores de servicios sin requerir del consentimiento de los titulares de datos personales en términos de las excepciones previstas por la regulación aplicable.

2. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre		No. de póliza	

REDUCCIÓN MUNDIAL DEL CONSUMO DE PAPEL

En La Compañía hacemos lo posible por proteger el medio ambiente. Por ello animamos a nuestros asegurados a elegir la vía digital. Si usted desea recibir su póliza y Condiciones Generales en formato PDF, u otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en esta solicitud, marque esta casilla: ☐

3. DETALLES DEL CAMBIO SOLICITADO (POR FAVOR LLENE SOLAMENTE EL APARTADO DE LA SECCIÓN 3 CORRESPONDIENTE AL CAMBIO QUE DESEA EFECTUAR.)

3.1 Cambio de plan *Disponibilidad del cambio de plan únicamente en fecha del aniversario de la Póliza

Actual		Solicitado	
Plan		Plan	
Deducible		Deducible	
Coaseguro		Coaseguro	
Tope de Coaseguro		Tope de Coaseguro	
Zona Geográfica	☐ Zona 1 ☐ Zona 2 ☐ Zona 3	Zona Geográfica	☐ Zona 1 ☐ Zona 2 ☐ Zona 3
*Copago Médicamentos ambulatorios	☐ 0% ☐ 30%	*El cambio en copago de medicamentos ambulatorios aplicará únicamente para planes del producto Médica Vital	

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.

Requisitos: En caso de que se requiera un deducible menor o que los beneficios aumenten, es necesario adjuntar la solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores completamente requisitada.

1. ¿Ha sido usted o cualquiera de sus dependientes hospitalizado y/o sometido a tratamiento y/o ha tomado medicamentos para una condición especifica para la cual no se ha presentado una reclamación? Sí ☐ No ☐ *Especifique:

¿Ha cambiado su salud o la de cualquiera de sus dependientes durante el último año? Sí ☐ No ☐ *Especifique:

*Si requiere más espacio utilice una hoja adicional

3.2 CAMBIO DE FORMA DE PAGO (POR FAVOR VERIFIQUE LAS OPCIONES DE PAGO DISPONIBLES DEL PRODUCTO CONTRATADO)

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.

3.3 CAMBIO DE CONTRATANTE

Requisitos para cambio de contratante: Formato Único de Identificación de Cliente.

Nombre del nuevo contratante	

3.4 CAMBIO DE DOMICILIO: DOMICILIO FISCAL ☐ DOMICILIO RESIDENCIAL ☐

Para actualización de domicilio fiscal es necesario adjuntar copia del aviso ante el SAT y para el domicilio residencial comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

Dirección			

3.5 BAJA DE DEPENDIENTES

Nombre		Fecha de nacimiento			Fecha de baja efectiva		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

3.6 CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

Motivos

El reembolso de las primas se realizará de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de su póliza.

3.7 ALTA O BAJA DE BENEFICIOS ADICIONALES ALTA ☐ BAJA ☐

Endoso de maternidad ☐ Trasplante de órganos ☐ Congénitos ☐ Asistencia en el Extranjero ☐

Otro, especificar:	

3.8 CORRECCIONES A LA PÓLIZA (SI NECESITA MÁS ESPACIO, SOLICITE OTRA HOJA)

En este punto debe indicarnos si alguno de los datos solicitados está incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.

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

3.9 Adición de dependientes para maternidad cubierta

Por favor adjunte certificado y/o acta de nacimiento. Especificar si el embarazo fue mediante reproducción asistida. La reproducción asistida es el conjunto de técnicas y tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando este no se consigue de forma natural debido a problemas de fertilidad, incluyendo pero no limitando inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.

Fig*	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Estatura (Mts)	Peso (kg)
D1				Día Mes Año		
D2				Día Mes Año		
D3				Día Mes Año		

Fig*	Reproducción asistida	Especifique solo en caso de respuesta afirmativa
D1	☐ Sí ☐ No	
D2	☐ Sí ☐ No	
D3	☐ Sí ☐ No	

*Referencia de figura: Dependiente 1: D1, Dependiente 2: D2, Dependiente 3: D3

Por medio del presente formulario el contratante solicita a La Compañía que aplique los cambios solicitados a la relación contractual. Asimismo, el contratante de la póliza conviene que el presente formulario formará parte de la documentación contractual de su póliza y dichas modificaciones solicitadas tendrán vigencia una vez que La Compañía las acepte y las haga constar en su póliza.

4. TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

☐ 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
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.

5. FIRMA. FAVOR DE ADJUNTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE DEL CONTRATANTE A LA FIRMA DEL FORMATO.

Firma del contratante			
Correo electrónico		Fecha	Día Mes Año

En caso de cualquier duda puedes contactarnos en 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. https://www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores/

Adicionalmente puedes acudir a nuestro departamento de Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa México ubicada en 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, 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, 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 29 de septiembre de 2026, con el número CGEN-S0027-0045-2026/G-01842-002.