

FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE IDENTIFICACIÓN ESENCIAL LIBRE ELECCION



Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. (55) 5202-1701 y (800) 227 3339 • www.bupasalud.com.mx

Este formulario no es válido si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco (que sean aplicables)

Datos Generales de Identificación

Razón o Denominación Social/Nombre Completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s]) del contratante	Entidad Federativa de nacimiento de contratante (persona física)
---	--

Si el contratante es persona moral de nacionalidad mexicana se deberán recabar los datos de la(s) persona(s) física(s) que posean o controlen directa o indirectamente un % igual o superior al 25% de capital o de los derechos del voto ó en su defecto del Administrador Único o Administradores en los siguientes apartados:

1. Razón o Denominación Social/ Nombre Completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])	% de participación
---	--------------------

Fecha de Nacimiento ó Constitución	País de Nacimiento (persona física)	Entidad federativa de nacimiento (persona física)	Nacionalidad
------------------------------------	-------------------------------------	---	--------------

Día Mes Año

No. de serie de certificado digital de la firma electrónica (si cuenta con ella)	Profesión u ocupación (persona física)	Objeto Social o Giro (persona moral)	Folio mercantil (persona moral)
--	--	--------------------------------------	---------------------------------

No. de identificación fiscal extranjeros (opcional persona física / obligatorio persona moral)	CURP	RFC
--	------	-----

Letras Año Mes Día Homoclave

Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o Delegación
-------	--------------	--------------	------------------------

Colonia	Entidad Federativa	Ciudad o Población	Código Postal
---------	--------------------	--------------------	---------------

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Domicilio en el extranjero, en caso de contar con el:

2. Razón o Denominación Social/ Nombre Completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])	% de participación
---	--------------------

Fecha de Nacimiento ó Constitución	País de Nacimiento (persona física)	Entidad federativa de nacimiento (persona física)	Nacionalidad
------------------------------------	-------------------------------------	---	--------------

Día Mes Año

No. de serie de certificado digital de la firma electrónica (si cuenta con ella)	Profesión u ocupación (persona física)	Objeto Social o Giro (persona moral)	Folio mercantil (persona moral)
--	--	--------------------------------------	---------------------------------

No. de identificación fiscal extranjeros (opcional persona física / obligatorio persona moral)	CURP	RFC
--	------	-----

Letras Año Mes Día Homoclave

Calle	No. Exterior	No. Interior	Municipio o Delegación
-------	--------------	--------------	------------------------

Colonia	Entidad Federativa	Ciudad o Población	Código Postal
---------	--------------------	--------------------	---------------

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Domicilio en el extranjero, en caso de contar con el:

Me opongo a que mis Datos Personales sean utilizados para las finalidades secundarias previstas en el presente Aviso de Privacidad Simplificado.

Transferencias de datos personales.

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

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

Otorgo mi consentimiento expreso al Responsable para que mis Datos Personales sean transferidos.

Me opongo a que mis Datos Personales sean transferidos por el Responsable.

Atención a solicitudes de Derechos ARCO, quejas y reclamaciones.

En cualquier momento el Titular podrá ejercer ante el Responsable sus derechos ARCO, revocar su consentimiento, así como

interponer quejas o reclamaciones con respecto al Tratamiento de sus Datos Personales en cualquier momento, por sí mismo o a través de su representante legal, para lo cual podrá presentar su solicitud directamente en nuestro domicilio o a través del correo electrónico privacidad@bupa.com.mx.

Su solicitud deberá contener, al menos la siguiente información:

1. Nombre del Titular y domicilio o cualquier otro medio para dar seguimiento a la misma.
2. Número de póliza o reclamación.
3. Documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del Titular.
4. Descripción clara y precisa de los Datos Personales, respecto de los cuales el Titular busca ejercer sus derechos ARCO.
5. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los Datos Personales.
6. En caso de solicitudes de Rectificación de Datos Personales, el Titular deberá indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación correspondiente.

Mecanismos para conocer el Aviso de Privacidad Integral.

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

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

Firma del Contratante