CERTIFICADO MÉDICO

Este formulario aplica para todos los productos coasegurados de
Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. y HDI Seguros, S.A. de C.V

HDI SEGUROS | Bupa

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellidos		Nombre(s)		
Fecha de nacimiento	DD / MM /AA	Estatura ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ Lb	

2. HISTORIAL MÉDICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta DD / MM /AA	Síntomas	

Diagnóstico

Pronóstico

Tratamiento

Otros comentarios

¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado?
☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

Nombre del médico		Teléfono	
Tratamiento ambulatorio			
Hospital		Teléfono	
Tratamiento en el hospital			

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE				
Nombre				
Dirección				
Teléfono			Fax	
Correo electrónico				
Fecha	DD / MM /AA	Firma		

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

4. AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Montes Urales 745 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México en su carácter de Responsable, en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable (“LFPDPPP”). Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestión de cobro; tramitar siniestros y reembolsos; Colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupasalud.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.

5. FIRMA			
Firma del Médico Tratante		Fecha:	DD / MM /AA
Firma del Contratante o Titular		Fecha:	DD / MM /AA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • atencioncliente@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)
Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • une@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO