

CERTIFICADO DE BUENA SALUD PARA REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Para ser completado por el asegurado principal
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



Marque con una "X" según corresponda al tipo de movimiento:

Renovación

Nuevo Negocio

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|-----------|
| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
| Número de póliza | | | |

Entiendo que este Certificado de Buena Salud para Rehabilitación de la Póliza y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud original y/o solicitado por Bupa servirán de base para cualquier cobertura otorgada, y que ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este Certificado haya sido aprobado por Bupa.

Con mi firma abajo certifico, a mi mejor conocimiento, que desde la fecha: (mi última Renovación o solicitud original en caso de Nuevo Negocio) NINGUNO DE LOS ASEGURADOS bajo esta póliza ha recibido un diagnóstico médico, ni ha recibido ningún tratamiento médico, ni se le ha recomendado ningún tratamiento médico, ni ha presentado síntomas de ningún orden físico o mental, (excepto lo que haya sido declarado en la solicitud original) desde la fecha de la última renovación de mi póliza el día

En caso de no ser cierta la declaración anterior, indique el nombre completo del Asegurado que ha tenido un cambio en su condición, el diagnóstico médico, el tratamiento médico o quirúrgico recibido o recomendado y/o el resultado del mismo, así como también el nombre completo, dirección y teléfono de todos los médicos y hospitales donde dicho asegurado haya sido atendido. (POR FAVOR AÑADA PÁGINAS ADICIONALES SI NECESITA MÁS ESPACIO)

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Nombre del asegurado | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
| Condición | | | |
| Diagnóstico | | | |
| Tratamiento clínico o quirúrgico | <input type="checkbox"/> Recibido | <input type="checkbox"/> Recomendado | |

| | |
|---------------------|--|
| Resultados | |
| Nombre del médico | |
| Dirección | |
| Teléfono | |
| Nombre del hospital | |
| Dirección | |
| Teléfono | |

¿Se encuentra actualmente embarazada alguna de las personas propuestas para cobertura bajo esta póliza? Si respondió "Sí", por favor indique abajo

Sí

No

| | |
|------------------------|---------------------|
| Nombre de la asegurada | Fecha de nacimiento |
|------------------------|---------------------|

Se declara y acepta que los padecimientos comprendidos entre la terminación del contrato y su renovación o rehabilitación, no estarán cubiertos bajo ninguna cobertura.

Se entiende que este "Certificado de Buena Salud para Solicitud de Rehabilitación" y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud servirán de base para cualquier cobertura otorgada. Ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este certificado haya sido aprobado por Bupa.

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.

2. AVISO DE PRIVACIDAD

En virtud de lo señalado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, los clientes aceptan y otorgan su consentimiento expresamente con la firma del presente, para que BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. haga uso de los datos personales que proporcionen, con la finalidad de prestarle los servicios señalados por el agente.

De acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento a los clientes lo siguiente:

a. Finalidad del tratamiento de datos:

Se recaban sus datos personales con las finalidades de: emisión, administración de pólizas, trámites para la evaluación de reclamaciones y pago por reembolsos en el caso de reclamaciones procedentes.

Del mismo modo para obtener de cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, dicha información sobre su persona.

b. Opciones y medios que se le ofrecen al personal para solicitar se limite el uso y divulgación de sus datos:

Los datos personales del titular, serán mantenidos en estricta confidencialidad, de conformidad con las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que al efecto BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., implemente en sus políticas y procedimientos de seguridad, quedando prohibido su divulgación ilícita y limitando su uso a terceros, conforme a lo previsto en el presente Aviso de Privacidad.

En este sentido BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. señala y hace de su conocimiento que tiene una "Política de Privacidad" establecida para explicar a terceros la forma en cómo la empresa da tratamiento a los "Datos Personales", misma que cumple con lo señalado en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

c. Medios para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición).

Enviando una solicitud, que cumpla con los requisitos señalados por la Ley de Protección de Datos Personales al correo electrónico privacidad@bupalatinamerica.com.

d. En dado caso de que la Compañía realice cambios al presente aviso, lo podrá comunicar al cliente, al empleado o proveedor, según sea el caso, por los siguientes medios:

1. Por correo electrónico a la cuenta que usted nos proporciona en la solicitud.

2. A través de la página www.bupasalud.com

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

3. FIRMA

| | | | |
|-------------------------------|--|-------|--------------|
| Firma del asegurado principal | | Fecha | DD / MM / AA |
|-------------------------------|--|-------|--------------|

Ratifico que el presente formato ha sido firmado por el Asegurado Principal

| | | | |
|-------------------|------------------|------------------|-----------|
| Nombre del Agente | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
|-------------------|------------------|------------------|-----------|

| | | | |
|------------------|--|-------|--------------|
| Firma del Agente | | 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 • serviciocliente@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com