

CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

Para ser completado por la solicitante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de póliza		

2. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE

Nombre	Apellidos	Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura Pies <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb
Nombre del ginecólogo		Teléfono del ginecólogo	

3. HISTORIAL GINECO-OBSTÉTRICO DE LA SOLICITANTE

Número de embarazos		Número de partos naturales	
Número de partos prematuros		Número de cesáreas	
Número de abortos			

En caso de cesárea, pérdida o terminación terapéutica del embarazo, por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	Nombre del médico tratante	Teléfono
DD / MM / AA		
Nombre del hospital		
Razón		
Fecha	Nombre del médico tratante	Teléfono
DD / MM / AA		
Nombre del hospital		
Razón		

Por favor conteste las siguientes preguntas y explique cualquier respuesta afirmativa:

1	¿Ha tenido usted u otra persona en su familia un hijo con defectos o enfermedades congénitas o hereditarias, embarazos múltiples o alguna complicación del embarazo o del parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	¿Ha tenido algún embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, placenta previa o incompatibilidad sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún desorden ginecológico, infertilidad, papanicolau anormal, endometriosis, fibromas o desórdenes de la menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	¿Ha tenido alguna vez cirugía del útero o los órganos reproductores (ovarios, trompas de falopio, vagina, vulva, senos), dilatación y legrado, conización cervical o cualquier otra cirugía pélvica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por desórdenes cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia o desórdenes hormonales o renales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún otro desorden ginecológico u obstétrico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	¿Fuma usted cigarrillos o consume algún producto que contenga nicotina? Si respondió "Sí", por favor indique	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Tipo	Cantidad por día

3. HISTORIAL GINECO-OBSTÉTRICO DE LA SOLICITANTE (CONTINUACIÓN)

#	Condición, cirugía o tratamiento	Desde	Hasta	Nombre y teléfono de médicos y hospitales
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	

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.

4. 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.

5. FIRMA DE LA SOLICITANTE

Fecha	DD / MM / AA	Firma	
-------	--------------	-------	--

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