

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN



Este Formulario aplica para todos los productos de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en adelante "Bupa México"), con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, 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, pone a su disposición el presente aviso de privacidad, a efecto de llevar a cabo el tratamiento legítimo, controlado e informado de sus datos personales, con el propósito de garantizar la privacidad de sus datos personales y su derecho a la autodeterminación informativa. Le recordamos que la información contenida en el presente formato será utilizada para dar trámite y seguimiento a su reclamación, por lo que requerimos de su consentimiento expreso y por escrito al final del documento.

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.bupalud.com.mx.

INDICACIONES

1. Este formulario deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

1. TIPO DE RECLAMACIÓN

Accidente Embarazo Enfermedad Reembolso Pago directo Núm. Póliza

2. INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s) del asegurado afectado	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
RFC	CURP		
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad
Teléfono	Correo electrónico		
Ocupación o profesión	Lugar donde trabaja (empresa) / Estudia (escuela)		
Giro de la empresa			
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Reclamación	DD/MM/AA
Dirección del Asegurado Afectado			
Calle	Núm. Exterior	Núm. Interior	
Colonia	Ciudad	Estado	
Delegación o Municipio	Código Postal	País	
¿Actualmente tiene otro seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compañía	Siniestro	Núm. Póliza	
Hospital donde fue atendido			
No. de días de estancia	Fecha de ingreso	DD / MM / AA	Fecha de egreso
		DD / MM / AA	DD / MM / AA

3. DETALLES SOBRE LA RECLAMACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO)

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad	DD / MM / AA	Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad	DD / MM / AA
---	--------------	---	--------------

Indicar el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación

4. AVISO DE ACCIDENTE

Detalle ¿Cómo y en dónde fue?

Accidente de tránsito Sí No

Marca		Modelo		Placas	
Compañía de Seguros		Póliza del automóvil en donde viajaba		Suma Asegurada	
Compañía de Seguros del tercero		Póliza del automóvil del tercero		Suma Asegurada	
Siniestro	Anexe copia de los documentos que le hayan entregado				

Autoridad que tomó conocimiento del accidente

Número de expediente		Anexe copia de los documentos que le hayan entregado
----------------------	--	--

5. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital				
Periodo de la hospitalización	De	DD / MM / AA	A	DD / MM / AA

6. EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

Nombre		Parentesco	
Firma (Familiar responsable)			

7. FIRMA

Lugar		Fecha	DD / MM / AA
Nombre y firma (Asegurado afectado)			

8. PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Diagnóstico y estudios realizados

¿Su padecimiento tiene relación con otro padecimiento? ¿Sí, no a cuál y por qué?

Cuadro clínico (signos y síntomas)

Tratamiento

Descripción de las complicaciones				
Presupuesto de honorarios profesionales / Pago directo				
Nombre				Presupuesto
Lugar de la atención (hospital)				
Fecha de ingreso	DD / MM / AA	Fecha de egreso	DD / MM / AA	¿Se presentaron complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del médico tratante				
Cédula Profesional			RFC	
Correo electrónico			Teléfono	
Firma del médico tratante			Fecha	DD / MM / AA
Lugar				
10. EN CASO DE UTILIZAR UN PROVEEDOR ADICIONAL DE MATERIALES E INSUMOS LLENAR EL SIGUIENTE APARTADO				
Nombre del proveedor			RFC	
Dirección				
Teléfono			Fecha	DD / MM / AA
11. DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYA HOJA ANEXA EN CASO DE SER NECESARIO)				
Fecha del servicio	Nombre del proveedor / Médico tratante	Descripción del servicio / Especialidad(es)	Moneda	Importe
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
Importe total				
Cantidad pagada por el asegurado				
12. TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES				
El titular autoriza a Bupa México compartir con su agente o intermediario de seguros sus datos personales y sensibles para dar seguimiento a la presente solicitud de reembolso.				
<input type="checkbox"/> Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles. <input type="checkbox"/> No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles.				
13. FIRMA				
Lugar:		Fecha:		DD / MM / AA
Nombre y firma (Asegurado beneficiario del pago)				

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.bupalud.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