CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

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

Bupa

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de póliza		

2. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE

Nombre	Apellidos		Nombre(s)		
Fecha de nacimiento	Día / Mes / Año	Estatura: ☐ M ☐ Pies		Peso: ☐ Kg ☐ Lbs	
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
Día / Mes / Año		
Nombre del hospital		
Razón		
Fecha	Nombre del médico tratante	Teléfono
Día / Mes / Año		
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?	☐ Sí ☐ No
2	¿Ha tenido algún embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, placenta previa o incompatibilidad sanguínea?	☐ Sí ☐ No
3	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún desorden ginecológico, infertilidad, papanicolau anormal, endometriosis, fibromas o desórdenes de la menstruación?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ No
5	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por desórdenes cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia o desórdenes hormonales o renales?	☐ Sí ☐ No
6	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún otro desorden ginecológico u obstétrico no mencionado anteriormente?	☐ Sí ☐ No
7	¿Fuma usted cigarrillos o consume algún producto que contenga nicotina? Si respondió “Sí”, por favor indique	☐ Sí ☐ 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
		Día Mes Año	Día Mes Año	
		Día Mes Año	Día Mes Año	
		Día Mes Año	Día Mes Año	
		Día Mes Año	Día Mes Año	
		Día Mes Año	Día Mes Año	

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., ("*Bupa México*") con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, 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 gestionar cobros; 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.

TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

El titular autoriza a Bupa México para compartir con su agente o intermediario de seguros sus datos personales y sensibles para dar seguimiento a la presente solicitud.

☐ Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles ☐ No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

5. FIRMA DE LA SOLICITANTE

Fecha:	Día Mes Año	Firma	

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada,
Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • 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)
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada,
Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México

Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • une@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO