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., ("*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

INDICACIONES

1. Este formulario deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado afectado y del médico tratante. 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.
4. Este formulario deberá ser acompañado de la siguiente documentación:
   a. Identificación oficial vigente del asegurado afectado.
   b. Todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.
   c. En caso de solicitud de reembolso, es necesario adjuntar adicionalmente el "Formulario solictud de Reembolso de Gastos Médicos".
   d. En caso de solicitud de preautorización de servicio médico favor de anexar todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico y a la necesidad del tratamiento médico solicitado.
   e. En caso de accidente, Bupa se reserva el derecho de solicitar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes y/o proveedor del servicio médico. En caso de accidente como conductor en vehículos o transportes motorizados, es necesario anexar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Si el vehículo cuenta con seguro, favor de anexar copia del reporte de accidente de la compañía de seguros y/o copia de la Declaración universal de accidente.

1. TIPO DE RECLAMACIÓN (ELEGIR UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES):

☐ Pago directo a proveedor médico o Programación de servicio médico	☐ Preautorización de servicio médico	☐ Reembolso

Elegir una de las siguientes opciones:			Núm. de Póliza	
☐ Accidente	☐ Enfermedad	☐ Embarazo		

2. INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO AFECTADO

Nombre del asegurado afectado	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
RFC		Nacionalidad	
Fecha de nacimiento	Día / Mes / Año	Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino
Teléfono		Correo electrónico	

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

3.1 Indicar el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó

3.2 ¿Fue hospitalizado por este padecimiento, accidente o emergencia médica grave? Sí No
En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:

No. de días de estancia		Fecha de ingreso	Día Mes Año	Fecha de egreso	Día Mes Año

3.3 Indique el diagnóstico motivo de su reclamación

3.4 Fecha de inicio de padecimiento	Día Mes Año	3.5 Fecha de primera atención	Día Mes Año

3.6 ¿Actualmente tiene otro seguro de Gastos médicos mayores? Sí No
En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:

Compañía		Núm. Póliza	

3.7 ¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? Sí No
En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:

Núm.Siniestro		Fecha de Reclamación:	Día Mes Año
Nombre del proveedor médico donde fue atendido			

4. EN CASO DE ACCIDENTE O EMERGENCIA MÉDICA GRAVE COMPLETAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

4.1 Describir con el mayor detalle posible cómo y en dónde ocurrió el accidente o la emergencia médica grave y qué lesiones sufrió como consecuencia del mismo

4.2 Accidente de tránsito Sí No

5. EN CASO DE PROGRAMACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (LLENAR SÓLO SI APLICA)

5.1 Nombre del hospital					
5.2 Periodo de la hospitalización	De	Día Mes Año	A	Día Mes Año	

6. SECCIÓN PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE. TAMBIÉN PUEDE ENVIAR UN INFORME MÉDICO EN HOJA MEMBRETADA, FIRMADA POR EL MÉDICO TRATANTE Y CON NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL DEL MISMO.

6.1 Indicar el nombre del asegurado afectado:

6.2 Indique el diagnóstico

6.3 Estudios realizados para determinar el diagnóstico

6.4 Fecha en que se determina el diagnóstico Día Mes Año

6.5 ¿Su padecimiento tiene relación con otro padecimiento? No Sí ¿A cuál y por qué?

6.6 Cuadro clínico (signos y síntomas)

6.7 Tratamiento

6.8 ¿Se presentaron complicaciones? Sí No En caso afirmativo, describir las complicaciones:

PRESUPUESTO DE HONORARIOS MÉDICOS PARA PAGO DIRECTO

Fecha del servicio	Nombre del proveedor / médico(s) tratante(s)	Especialidad	Cédula profesional	Descripción del servicio	Importe en pesos mexicanos
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Día Mes Año					
Totales					
Presupuesto					

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre	Especialidad	Cédula profesional	Teléfono	Firma

7. EN CASO DE UTILIZAR UN PROVEEDOR ADICIONAL DE MATERIALES E INSUMOS LLENAR EL SIGUIENTE APARTADO			
7.1 Nombre del proveedor		7.2 RFC	
7.3 Dirección			
7.4 Teléfono		7.5 Fecha	Día Mes Año
7.5 Total de los servicios		Favor de anexar el presupuesto detallado de los servicios a prestar.	

8. FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO			
Lugar:		Fecha:	Día Mes Año
Nombre y firma (Asegurado afectado)			

9. EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O IMPOSIBILIDAD DEL ASEGURADO AFECTADO PARA FIRMAR			
Nombre		Parentesco	
Lugar:		Fecha:	Día Mes Año
Firma de madre, padre, tutor o representante			
Anexar copia de la identificación oficial con firma de la madre, padre, tutor o representante que 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