

INFORME MÉDICO SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE SALUD INDIVIDUAL



Este documento debe de ser llenado por el Médico Tratante					Fecha de solicitud	Día	Mes	Año
Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])					No. de póliza			
Edad	Sexo		Causa de reclamación		Solicitud de exámenes preventivos			
	H	M	Preventivo	Conectivo (Accidente o enfermedad)	Sí	No		
Antecedentes personales patológicos								
1. Padecimiento actual (En caso de accidente o enfermedad)								
Principales signos y síntomas					Fecha de inicio			
					Día	Mes	Año	
Estudios que se recomiendan practicar					Fecha de inicio			
					Día	Mes	Año	
Tipo de padecimiento	Congénito		Adquirido		Agudo		Crónico	
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?			¿Cuál?					
Sí			No					
Resultado de exploración física y de los estudios realizados								
Estudios que se recomienda practicar					Fecha de inicio			
					Día	Mes	Año	
Observaciones generales								
2. Datos generales del médico tratante								
Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])					Teléfono			
Especialidad			RFC (con homoclave)		Celular			
Cédula de Especialidad o Certificación			E-mail		No. de proveedor			
<p>Nota: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que he realizado solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.</p>								
Lugar y fecha					Firma del Médico o Tratante			

3. 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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la presente solicitud quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del 4 de junio de 2024, con el número CNSF-H0719-0019-2024/CONDUSEF-006465-01.

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