

Para ayudarnos a prestarle un mejor servicio, siga las siguientes instrucciones:

Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde y es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.

- Pida a su proveedor médico que firme y selle el Formulario de Reclamación Médica.
- Se debe llenar un formulario por separado por paciente y por incidente.
- Al enviar el Formulario de Solicitud de Reclamación Médica, incluya todas las facturas originales con su correspondiente prueba de pago, estas facturas deberán estar a nombre de BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V.
- El comprobante del Hospital, Clínica o Sanatorio con Diagnóstico y Número de días de estancia (Alta Hospitalaria)
- Los costos de laboratorio deben incluir un desglose detallado y en su caso, interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
- Los gastos farmacéuticos deben incluir una lista de todos los medicamentos adquiridos y una copia de la receta.
- Asegúrese de que tengamos una copia de su historia clínica reciente.
- Informes médicos correspondientes detallados donde indique la participación del Médico Tratante (Notas Medicas del Hospital).
- Los Estudios y Documentos en los que el Médico Tratante certifique el Diagnóstico.
- Para asegurados entre 19 y 24 años de edad, deberá enviar una copia del certificado de estudiante a tiempo completo o una constancia de la escuela en papel membretado donde se diga que el menor es estudiante de tiempo completo, así como una declaración por escrito, firmada por el asegurado principal, declarando bajo protesta de decir verdad que el estado civil del asegurado es soltero.
- En caso de un procedimiento quirúrgico o una biopsia, deberá incluirse el informe patológico.
- En caso de trauma nasal, deberán incluirse radiografías, el informe de radiología, y el informe de la sala de emergencia.
- Al presentar un reclamo para un recién nacido, deberá incluir en su caso el acta de nacimiento o el certificado de nacimiento o alumbramiento este ultimo expedido por el hospital donde nació el recién nacido.
- Copia de la actuación del Ministerio Público o Atención recibida de la Institución (en caso de Accidente).
- Copia de Identificación Oficial del Asegurado Afectado (IFE, Pasaporte y en caso de Menores de 5 años Acta de Nacimiento).
- Copia de Identificación Oficial del Contratante (IFE, Pasaporte) sólo si es Persona Física.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni ha renunciado a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

El asegurado autoriza a BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. a que se subrogue en todos los derechos de terceros hasta el monto de la cantidad pagada.

1 TIPO DE RECLAMACIÓN

Reembolso

Pago Directo

Accidente

Embarazo

Enfermedad

2 INFORMACIÓN GENERAL

Nombre o Razón Social del Contratante: Apellidos _____ Nombre(s) _____	Número de Póliza: _____
---	-------------------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre(s) del Asegurado Principal: _____
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____
RFC: _____ CURP: _____

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s) del Asegurado Afectado: _____		
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____		
RFC: _____ CURP: _____		
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Día Mes Año	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Nacionalidad: _____
Parentesco del Asegurado Principal: _____	Teléfono: _____	Código de área: _____
	E-mail: _____	Número: _____
Ocupación o Profesión: _____	Lugar donde trabaja (Empresa) / Estudia (Escuela): _____	
Giro de la Empresa: _____	Domicilio: _____	

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:

____/____/____
Día Mes Año

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad:

____/____/____
Día Mes Año

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

Indique el Diagnóstico motivo de su reclamación:

DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO / DE SER NECESARIO PUEDE INCLUIR HOJA ANEXA

Fecha del servicio	Nombre del Proveedor / Médico Tratante	Descripción del Servicio / Especialidad(es)	Moneda	Importe
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
Importe Total				
Cantidad pagada por el Asegurado				

Si fue accidente, detalle: ¿Cómo y donde fue?:

Autoridad que tomo conocimiento del accidente:

¿Actualmente tiene otro seguro?Sí No

Indique la Compañía:

Nombre del Hospital donde fue atendido:

Tipo de Hospital: Privado Público

Número de días de estancia:

Periodo de estancia:

Fecha de ingreso: ____/____/____
Día Mes Año

Fecha de egreso: ____/____/____
Día Mes Año

4 PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Descripción del diagnóstico y estudios realizados para determinar el diagnóstico y/o tratamiento médico:

Cuadro clínico (signos y síntomas):

Código CPT- 4:

PRESUPUESTO DE HONORARIOS PROFESIONALES / PAGO DIRECTO

Nombre	Presupuesto	Procedimiento

Lugar de la atención (hospital):

Fecha de ingreso

____/____/____
Día Mes Año

Fecha de egreso

____/____/____
Día Mes Año

Se presentaron complicaciones Sí No

Descripción de las complicaciones:

Observaciones:

Lugar y fecha:

Nombre y Firma (Médico tratante)

5 AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los Hospitales, Clínicas, Sanatorios, Laboratorios y/o Establecimientos de Salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier Accidente, Enfermedad o Lesión y/o a las Autoridades Judiciales o Administrativas, que hayan tomado conocimiento de mi caso, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, para que proporcionen toda la información solicitada por USA MEDICAL SERVICES, referente a mis antecedentes personales, patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que la compañía lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento.

Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, así mismo, autorizo a las compañías de Seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a la Compañía la información de su conocimiento y que a su vez la Compañía proporcione a cualquier empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

5 AUTORIZACIÓN Y FIRMAS (continuación)

NOTA: LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD Y, ASIMISMO, POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

COMO MEDICO TRATANTE AUTORIZÓ A LOS HOSPITALES DONDE FUE INTERNADO EL PACIENTE A QUE OTORQUE A USA MEDICAL SERVICES TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DEL MISMO, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES, PARA TAL EFECTO DE ESTE CASO RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA FORMA FUE TOMADA DIRECTAMENTE TANTO DEL PACIENTE ASEGURADO O DE LOS FAMILIARES RESPONSABLES EN CASO DE LOS MENORES O DISCAPACITADOS COMO DEL EXPEDIENTE CLINICO QUE OBRA EN MI PODER.

EN CASO DE INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN, LA COMPAÑÍA QUEDA FACULTADA PARA RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA ESTA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

6 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.bupa.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.

Lugar:	Fecha: ____/____/____ Día Mes Año
_____ Nombre y Firma (Titular)	_____ Nombre y Firma (Afectado)

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745 1^{er} Piso, Col. Lomas de Chapultepec
Tel: 52.02.17.01 Fax: 52.02.20.97
serviciocliente@bupalatinamerica.com
www.bupa.com.mx