

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?

☐ Sí

☐ No

¿Cuál?

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

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.

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, el producto de seguros denominado Seguro Básico Estandarizado de Salud quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de agosto de 2024 con el número CNSF-H0719-0019-2024/CONDUSEF-006564-01

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