

# 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](http://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 solicitud 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:<br>Accidente      Enfermedad      Embarazo |                                    | Núm. de Póliza |

## 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 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |                                              |              |                    |                          |                            |
| <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |                                              |              |                    |                          |                            |
| <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |                                              |              |                    |                          |                            |
| <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |                                              |              |                    |                          |                            |
| <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |                                              |              |                    |                          |                            |
| 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 | <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |
| 7.5 Total de los servicios | Favor de anexar el presupuesto detallado de los servicios a prestar. |           |                                                              |

### 8. FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO

|                                     |  |        |                                                              |
|-------------------------------------|--|--------|--------------------------------------------------------------|
| Lugar:                              |  | Fecha: | <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |
| Nombre y firma (Asegurado afectado) |  |        |                                                              |

### 9. EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O IMPOSIBILIDAD DEL ASEGURADO AFECTADO PARA FIRMAR

|                                                                                                          |  |            |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--------------------------------------------------------------|
| Nombre                                                                                                   |  | Parentesco |                                                              |
| Lugar:                                                                                                   |  | Fecha:     | <small>Día</small>   <small>Mes</small>   <small>Año</small> |
| 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](mailto:atencioncliente@bupa.com.mx) • [www.bupasalud.com.mx](http://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](mailto:une@bupa.com.mx) • [www.bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx)