

# 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, con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México. Le recordamos que la información recabada a través del presente formato será utilizada para dar trámite y seguimiento al proceso de reclamación, por lo que requerimos de su consentimiento expreso y por escrito al final de este documento.

Para mayor información sobre los términos del tratamiento de sus datos personales y cómo ejercer sus derechos ARCO, lo invitamos a conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en [www.bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx).

## 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           | DD / MM / AA     | 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 |  | DD / MM / AA                  | Fecha de egreso |              | DD / MM / AA |
| 3.3 Indique el diagnóstico motivo de su reclamación                                             |  |  |                  |  |                               |                 |              |              |
|                                                                                                 |  |  |                  |  |                               |                 |              |              |
| 3.4 Fecha de inicio de padecimiento                                                             |  |  | DD / MM / AA     |  | 3.5 Fecha de primera atención |                 |              | DD / MM / AA |
| 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:         |                 | DD / MM / AA |              |
| Nombre del proveedor médico donde fue atendido                                                  |  |  |                  |  |                               |                 |              |              |

En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:

### 3.3 Indique el diagnóstico motivo de su reclamación

3.6 ¿Actualmente tiene otro seguro de Gastos médicos mayores?      Sí      No

En caso afirmativo completar las siguientes preguntas:

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: | DD | / | MM | / | AA |
|---------------|-----------------------|----|---|----|---|----|

Nombre del proveedor médico donde fue atendido

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

|                           |    |    |
|---------------------------|----|----|
| 4.2 Accidente de tránsito | Sí | No |
|---------------------------|----|----|

### 5.1 Nombre del hospital

|                                   |    |              |   |              |
|-----------------------------------|----|--------------|---|--------------|
| 5.2 Periodo de la hospitalización | De | DD / MM / AA | A | DD / MM / AA |
|-----------------------------------|----|--------------|---|--------------|

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 DD / MM / AA

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 |
|--------------------|----------------------------------------------|--------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| DD / MM / AA       |                                              |              |                    |                          |                            |
| DD / MM / AA       |                                              |              |                    |                          |                            |
| DD / MM / AA       |                                              |              |                    |                          |                            |
| DD / MM / AA       |                                              |              |                    |                          |                            |
| DD / MM / AA       |                                              |              |                    |                          |                            |
| 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 | DD / MM / AA |
| 7.5 Total de los servicios | Favor de anexas el presupuesto detallado de los servicios a prestar. |           |              |

**8. TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES**

Además de las transferencias de datos personales permitidas por la regulación aplicable y con el propósito de dar cumplimiento a las finalidades primarias y secundarias establecidas en nuestro Aviso de Privacidad Integral, usted autoriza a Bupa México para llevar a cabo la transferencia de sus datos personales con:

- Su agente o intermediario. Proveedores de servicios asistenciales.
- Proveedores hospitalarios Proveedores de servicios ambulatorios.
- Proveedores médicos y de telemedicina. Reaseguradoras y Coaseguradoras.

**Favor de elegir una opción de manera obligatoria:**

Consiento de manera expresa a que mis datos sean transferidos:                      Sí                      No

**9. FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO**

|                                        |  |        |              |
|----------------------------------------|--|--------|--------------|
| Lugar:                                 |  | Fecha: | DD / MM / AA |
| Nombre y firma<br>(Asegurado afectado) |  |        |              |

**10. EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O IMPOSIBILIDAD DEL ASEGURADO AFECTADO PARA FIRMAR**

|                                                                                                          |  |            |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--------------|
| Nombre                                                                                                   |  | Parentesco |              |
| Lugar:                                                                                                   |  | Fecha:     | DD / MM / AA |
| Firma de madre, padre, tutor o representante                                                             |  |            |              |
| Anexas 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.**

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • 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)**

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México  
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • [une@bupa.com.mx](mailto:une@bupa.com.mx)

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO