

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Aviso de accidente y/o enfermedad

Este Formulario aplica para todos los productos de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.



ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO, POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- Por favor asegúrese que su proveedor complete la sección 5 (hospital), la sección 6 (médico tratante) y/o la sección 7 (otros proveedores), incluyendo el nombre completo, la dirección y el número de identificación para impuestos.**
- Este Formulario tiene una vigencia de seis meses para padecimientos crónicos.
- Recuerde firmar el Formulario de Reclamación.
- Complete todas las secciones del Formulario de Reclamación usando LETRA DE MOLDE.
- Pida a su proveedor médico que firme y selle el Formulario de Reclamación.
- Complete un Formulario de Reclamación por cada paciente e incidente.
- Incluya todas las facturas originales con el comprobante de pago correspondiente. En pago directo deberán estar a nombre de Bupa México, Compañía De Seguros, S.A. de C.V. En reembolso podrán estar a nombre del titular o afectado.
- Asegúrese de que tengamos una copia de su historia clínica reciente.

POR FAVOR TOMA EN CONSIDERACIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN RELACIONADA A CIERTOS TIPOS DE RECLAMOS:

- Suministre el comprobante del Hospital, Clínica o Sanatorio con diagnóstico y número de días de estancia (alta hospitalaria).
- Informes médicos correspondientes detallados donde indique la participación del médico tratante (notas médicas del hospital).
- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico.
- 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.
- 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, incluya el informe de patología.
- En caso de trauma nasal, incluya radiografías, informe de radiología e 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 último 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.
- En caso de un accidente favor de llenar la sección "Aviso de Accidente" remitiendo copia del informe de la Autoridad Ministerial que tomó conocimiento del mismo, en su caso; así como cualquier documentación proporcionada por la aseguradora (distinta a Bupa México) que haya intervenido en el accidente e informe médico correspondiente.

EL RECLAMO PUEDE SER DENEGADO SI LAS SECCIONES 5, 6 Y 7 NO HAN SIDO COMPLETADAS.

SI COMPLETA TODA LA INFORMACIÓN EN EL FORMULARIO DE RECLAMO Y ENVÍA TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, SU RECLAMACIÓN SERÁ PROCESADA MÁS RÁPIDAMENTE.

POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.

ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VALIDO 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

Accidente Embarazo Enfermedad Reembolso Pago directo

2. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre o razón social del contratante	Apellidos	Nombre	Número de póliza
Nombre(s) del asegurado principal	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
RFC:		CURP:	
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Correo electrónico	
Dirección			
Tel. residencia		Tel. trabajo	
Tel. celular		Fax	

3. INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s) del asegurado afectado	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
RFC:		CURP:	
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad
Parentesco del asegurado principal: <input type="checkbox"/> El(la) mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	Teléfono		
	Correo electrónico		
Ocupación o profesión	Lugar donde trabaja (empresa)/ Estudia (escuela)		
Giro de la empresa	Domicilio		
¿Actualmente tiene otro seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Compañía	Siniestro	Número de Póliza	
Tipo de hospital <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público			
Hospital donde fue atendido			
No. de días de estancia	Fecha de ingreso	DD / MM / AA	Fecha de egreso
		DD / MM / AA	

4. 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:	DD / MM / AA	Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad	DD / MM / AA
Indicar el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó			

4. DETALLES SOBRE LA RECLAMACIÓN (continuación)

Indicar el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó (continuación)

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación

5. AVISO DE ACCIDENTE

Detalle ¿Cómo y en donde fue?

¿Considera que existe una persona responsable del accidente?

Si

No

¿Quién?

¿Por qué?

Accidente de tránsito

Si

No

Marca

Modelo

Placas

Compañía de Seguros

Póliza del automóvil en donde viajaba

Póliza del automóvil del tercero

Siniestro

Anexe copia de los documentos que le hayan entregado.

Autoridad que tomó conocimiento del accidente

Número de expediente

Anexe copia de los documentos que le hayan entregado.

6. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital		RFC	
Dirección			
Periodo de la hospitalización	De:	DD / MM / AA	A: DD / MM / AA

7. PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Diagnóstico y estudios realizados:

Cuadro clínico (signos y síntomas):

Tratamiento:

Presupuesto de honorarios profesionales/ Pago directo

Nombre	Presupuesto

Lugar de la atención (hospital)

Fecha de ingreso	DD / MM / AA	Fecha de egreso	DD / MM / AA	¿Se presentaron complicaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------	--------------	-----------------	--------------	---------------------------------	---

Descripción de las complicaciones

Observaciones

7. PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (continuación)

Nombre del médico tratante		Cédula Profesional	
Firma del médico tratante		Fecha	DD / MM / AA
Lugar			

8. OTROS PROVEEDORES

Nombre del proveedor		RFC	
Dirección			
Teléfono		Fecha	DD / MM / AA

9. DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO (incluya hoja anexa en caso de ser necesario)

Fecha del servicio	Nombre del proveedor/ Médico tratante	Descripción del servicio/ Especialidad(es)	Moneda	Importe
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
DD / MM / AA				
Importe total				
Cantidad pagada por el asegurado				

10. 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 medicas, 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.

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 médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen 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 autorización tiene el mismo valor que el original.

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información 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 clínico 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.

11. 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 precedentes.

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.mx.

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.

Nombre y firma (titular)		Lugar	
Nombre y firma (afectado)		Fecha	DD / MM / AA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

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

Tel. (55) 5202 1701 • serviciocliente@bupalatinamerica.com • www.bupa.com.mx