

CERTIFICADO DE BUENA SALUD PARA REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Para ser completado por el asegurado principal
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



Marque con una "X" según corresponda al tipo de movimiento:

Renovación

Nuevo Negocio

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de póliza		

Entiendo que este Certificado de Buena Salud para Rehabilitación de la Póliza y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud original y/o solicitado por Bupa servirán de base para cualquier cobertura otorgada, y que ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este Certificado haya sido aprobado por Bupa.

Con mi firma abajo certifico, a mi mejor conocimiento, que desde la fecha: (mi última Renovación o solicitud original en caso de Nuevo Negocio) NINGUNO DE LOS ASEGURADOS bajo esta póliza ha recibido un diagnóstico médico, ni ha recibido ningún tratamiento médico, ni se le ha recomendado ningún tratamiento médico, ni ha presentado síntomas de ningún orden físico o mental, (excepto lo que haya sido declarado en la solicitud original) desde la fecha de la última renovación de mi póliza el día

En caso de no ser cierta la declaración anterior, indique el nombre completo del Asegurado que ha tenido un cambio en su condición, el diagnóstico médico, el tratamiento médico o quirúrgico recibido o recomendado y/o el resultado del mismo, así como también el nombre completo, dirección y teléfono de todos los médicos y hospitales donde dicho asegurado haya sido atendido. (POR FAVOR AÑADA PÁGINAS ADICIONALES SI NECESITA MÁS ESPACIO).

Nombre del asegurado	Apellidos	Nombre(s)
Condición		
Diagnóstico		

Tratamiento clínico o quirúrgico	Recibido	Recomendado
----------------------------------	----------	-------------

Resultados	
------------	--

Nombre del médico	
-------------------	--

Dirección	
-----------	--

Teléfono	
----------	--

Nombre del hospital	
---------------------	--

Dirección	
-----------	--

Teléfono	
----------	--

¿Se encuentra actualmente embarazada alguna de las personas propuestas para cobertura bajo esta póliza? Si respondió "Sí", por favor indique abajo	Sí	No
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

Nombre de la asegurada	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
------------------------	---------------------	-----	-----	-----

Se declara y acepta que los padecimientos comprendidos entre la terminación del contrato y su renovación o rehabilitación, no estarán cubiertos bajo ninguna cobertura.

Se entiende que este "Certificado de Buena Salud para Solicitud de Rehabilitación" y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud servirán de base para cualquier cobertura otorgada. Ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este certificado haya sido aprobado por Bupa.

Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2. 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

3. FIRMA

Firma del asegurado principal		Fecha:	Día	Mes	Año
Ratifico que el presente formato ha sido firmado por el Asegurado Principal					
Nombre del Agente	Apellidos	Nombre(s)			
Firma del Agente		Fecha:	Día	Mes	Año

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

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO