

SOLICITUD PARA REVISIÓN DE RESTRICCIÓN Y/O EXCLUSIÓN

Este formulario aplica para todos los productos coasegurados de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. y HDI Seguros, S.A. de C.V



1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de póliza		
Asegurado a quien aplica la exclusión y/o limitación		
Apellidos		Nombre(s)
Texto de la exclusión y/o limitación sometida para revisión		
Fecha de las últimas tres (3) consultas por la limitación y/o condición médica excluida		
DD / MM /AA	DD / MM /AA	DD / MM /AA
Describa la condición médica actual del asegurado a quien aplica la limitación y/o condición excluida e incluya la información médica más recientemente actualizada (pruebas de laboratorios y exámenes médicos)		
Nombre del hospital	Dirección	Teléfono

2. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

3. AVISO DE PRIVACIDAD

HDI Seguros S.A. de C.V., con domicilio Boulevard San Juan Bosco No. 5003, Colonia Rancho Seco, C.P. 37669, en la ciudad de León, Guanajuato, México. En su carácter de Responsable, recaba Datos Personales con el objetivo de brindarle los servicios contratados y los tratará de acuerdo con las finalidades primarias: I) la prospección, suscripción, contratación y renovación de pólizas de seguro; II) facturación y cobranza; III) determinar hábitos de conducción, IV) telemática y telemedicina; V) atención y seguimiento de siniestros; VI) prevención de fraudes o delitos; VII) Crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil; VIII) gestionar la prestación de las coberturas y/o los beneficios contratados con proveedores de servicios de salud; IX) servicios de reparación, X) pago de indemnizaciones y reembolsos; XI) cobro de deducibles y recuperaciones; XII) coaseguro y reaseguro; XIII) estadística, XIV) venta de salvamentos; y XV) acceso, control y seguridad dentro de sucursales u oficinas; y finalidades secundarias: a) mercadotecnia e investigaciones de mercado; b) publicidad o prospección comercial de productos, servicios y promociones no contratados; c) invitaciones para participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro promocionadas por HDI, d) realizar encuestas de servicio y e) prevención de riesgos. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad visite <https://www.hdi.com.mx/aviso-privacidad/>

El contratante, asegurados titulares y dependientes del grupo o colectividad conocen que HDI Seguros, S.A. de C.V. y Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. participan en Coaseguro y podrán llevar a cabo el tratamiento de datos personales de manera autónoma e independiente. Asimismo, podrán llevar a cabo la transferencia de datos personales entre ellas, sus filiales y proveedores de servicios sin requerir del consentimiento de los titulares de datos personales en términos de las excepciones previstas por la regulación aplicable.

4. FIRMA

Para los fines pertinentes, declaro que la persona a quien aplica la exclusión y/o limitación se ha mantenido libre de signos y/o síntomas de la condición que originó la exclusión y/o limitación desde , y que dicha persona no ha requerido ningún tratamiento médico. Estoy dispuesto a proporcionar a Bupa la evidencia médica que sea necesaria para la revisión de esta exclusión y/o limitación.

Firma del Contratante o Titular

Fecha:

DD / MM /AA

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 • www.bupalud.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 • www.bupalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO