

CERTIFICADO DE BUENA SALUD

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



Marque con una "X" según corresponda al tipo de movimiento: Rehabilitación Renovación Nuevo Negocio

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre y apellidos			Número de póliza
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	

Entiendo que este Certificado de Buena Salud 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, que desde la fecha:

Día	Mes	Año

 NINGUNO DE LOS ASEGURADOS bajo esta póliza ha presentado síntomas, enfermedad, accidente, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico alguno o ha estado hospitalizado (excepto lo que haya sido declarado en la solicitud original de esta póliza) hasta el

Día	Mes	Año

 (fecha de firma del presente documento).

2. En caso de que algún asegurado haya presentado un cambio en su condición de salud, por favor indique el nombre completo del asegurado, el diagnóstico médico, el tratamiento médico o quirúrgico recibido o recomendado, así como el resultado de este. Adicionalmente, proporcione el nombre completo, dirección y teléfono de los médicos y hospitales donde haya sido atendido. (Si requiere más espacio, por favor añada páginas adicionales).

Nombre del asegurado			Condición
Apellido paterno	Apellido materno	Nombret (s)	

Diagnóstico			
-------------	--	--	--

Tratamiento clínico o quirúrgico	<input type="checkbox"/> Recibido	<input type="checkbox"/> 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		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombret (s)	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.

3. 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 ("**LFFDPPP**"). 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

4. FIRMA

Firma del asegurado principal		Fecha:	DD / MM / AA
Ratifico que el presente formato ha sido firmado por el Asegurado Principal			
Nombre del Agente	Apellido paterno	Apellido materno	Nombret (s)
Firma del Agente		Fecha:	DD / MM / AA

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