CUESTIONARIO DE ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

Para ser completado por el médico tratante

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional. Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	

2. DIAGNÓSTICO

1) Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta	DD / MM / AA	

Síntomas

Diagnóstico

2) Ha referido al paciente a otro especialista u Hospital, o sabe si el paciente ha recibido Tratamiento en otro lado?
☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

Nombre del Médico		Teléfono	

Tratamiento Ambulatorio

Hospital		Teléfono	

Tratamiento en el Hospital

3) ¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía pulmonar? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", por favor proporcione detalles.

4) ¿Está el paciente aún en Tratamiento?
☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", por favor describa el Tratamiento e indique el nombre y la dosis de los Medicamentos.

HDI SEGUROS, S.A. DE C.V. y BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. participan a través de una operación de coaseguro, por lo que en lo sucesivo, para el contrato de seguro y su documentación contractual, se les denominará en conjunto como "La Compañía", o bien como "HDI SEGUROS" o como "BUPA", según corresponda a la atención brindada por cada institución.

5) ¿Con qué frecuencia ocurren las recaídas o ataques y cuánto duran?					
Frecuencia		Duración		Último ataque	DD / MM / AA
6) ¿Cómo se consideran los ataques? ☐ Leves ☐ Moderados ☐ Severos					
7) Última visita a la sala de emergencias	Fecha	DD / MM / AA	Frecuencia anual de visitas a sala de emergencias		
8) Último ingreso al Hospital	Fecha	DD / MM / AA	Frecuencia anual de ingresos al Hospital		

2. DIAGNÓSTICO (CONTINUACIÓN)

9) Por favor proporcione la siguiente información:					
Fecha	DD / MM / AA	Estatura ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ Lb	
Fecha	Espirometría (prueba de la función respiratoria)				
DD / MM / AA					
Fecha	Interpretación de radiografía de tórax (incluya el reporte de radiología)				
DD / MM / AA					

10) Antecedentes como fumador				
Cantidad por día		Por cuántos años		

11) ¿Existen otras enfermedades, complicaciones, factores o síntomas que no hayan sido mencionados anteriormente?

12) Otros comentarios

3. 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 o inexacta, 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**.

4. AVISO DE PRIVACIDAD

HDI SEGUROS S.A. de C.V., con domicilio en Blvd. San Juan Bosco No. 5003, Col. Rancho Seco, C.P. 37669, en la ciudad de León, Guanajuato, México., en su carácter de responsable, recaba datos personales con el objetivo de brindar los servicios contratados y los tratará de acuerdo con las finalidades primarias: i) identificarte y verificar tu identidad; ii) la prospección, suscripción, contratación y renovación de pólizas de seguro; iii) registro, gestión, control y administración de clientes; iv) gestión, control, procesamiento y recepción de pagos; v) para la emisión de la factura y/o comprobante fiscal cuando así lo solicites; vi) para realizar la cobranza correspondiente de **HDI SEGUROS;** vii) determinar hábitos de conducción; viii) brindarte servicios de telemática y telemedicina; ix) atención y seguimiento de siniestros; x) prevención de fraudes o delitos; xi) crear y administrar tu perfil de servicios en línea y de aplicación móvil; xii) gestionar la prestación de las coberturas y/o los beneficios contratados con proveedores de servicios de salud; xiii) servicios de reparación; xiv) pago de indemnizaciones y reembolsos; xv) cobro de deducibles y recuperaciones; xvi) coaseguro y reaseguro; xvii) estadística y registro histórico de clientes; xviii) venta de salvamentos; xix) acceso, control y seguridad dentro de sucursales u oficinas de **HDI SEGUROS**; xx) conciliación y monitoreo de ingresos y egresos para cumplimiento fiscal; xxi) contactar a tus familiares, dependientes económicos y/o beneficiarios cuando sea necesario; xxii) contactarte para cualquier tema relacionado con la relación jurídica que sostenemos contigo; xxiii) archivo de información sobre el uso de nuestros servicios y/o adquisición de nuestros productos para el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables, incluyendo la defensa de los intereses de **HDI SEGUROS** ante instancias judiciales o administrativas; xxiv) realizar las transacciones correspondientes con instituciones bancarias que resulten, con motivo del pago de indemnizaciones y reembolsos, así como cobro de deducibles y recuperaciones; así como estas finalidades secundarias: i) mercadotecnia digital, física y directa; ii) investigaciones de mercado; iii) publicidad o prospección comercial de productos, servicios y promociones no contratados; iv) invitaciones para participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro promocionadas por **HDI SEGUROS**; v) realizar encuestas de servicio y vi) prevención de riesgos económicos, físicos, ambientales y tecnológicos. El asegurado podrá consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en la página www.hdi.com.mx

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.

5. FIRMA

Firma del Médico tratante		Fecha	DD / MM / AA
Firma del Contratante o Titular		Fecha	DD / MM / AA

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de septiembre de 2026, con el número CGEN-S0027-0045-2026/G-01842-002.