CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

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 ASEGURADO TITULAR

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de **Póliza**		

2. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE

Nombre	Apellidos		Nombre(s)		
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura Pies ☐ M ☐ Pies		☐ Kg ☐ Lb	
Nombre del ginecólogo		Teléfono del ginecólogo			

3. HISTORIAL GINECO-OBSTÉTRICO DE LA SOLICITANTE

Número de embarazos		Número de partos naturales	
Número de partos prematuros		Número de cesáreas	
Número de abortos			

En caso de cesárea, pérdida o terminación terapéutica del embarazo, por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	Nombre del Médico tratante	Teléfono
DD / MM / AA		
Nombre del hospital		
Razón		
Fecha	Nombre del Médico tratante	Teléfono
DD / MM / AA		
Nombre del hospital		
Razón		

Por favor conteste las siguientes preguntas y explique cualquier respuesta afirmativa:

1	¿Ha tenido usted u otra persona en su familia un hijo con defectos o enfermedades congénitas o hereditarias, embarazos múltiples o alguna complicación del embarazo o del parto?	☐ Sí ☐ No
2	¿Ha tenido algún embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, placenta previa o incompatibilidad sanguínea?	☐ Sí ☐ No
3	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún desorden ginecológico, infertilidad, papanicolau anormal, endometriosis, fibromas o desórdenes de la menstruación?	☐ Sí ☐ No
4	¿Ha tenido alguna vez cirugía del útero o los órganos reproductores (ovarios, trompas de falopio, vagina, vulva, senos), dilatación y legrado, conización cervical o cualquier otra cirugía pélvica?	☐ Sí ☐ No
5	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por desórdenes cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia o desórdenes hormonales o renales?	☐ Sí ☐ No

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.

3. HISTORIAL GINECO-OBSTÉTRICO DE LA SOLICITANTE(CONTINUACIÓN)

6	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún otro desorden ginecológico u obstétrico no mencionado anteriormente?				☐ Sí ☐ No
7	¿Fuma usted cigarrillos o consume algún producto que contenga nicotina? Si respondió "Sí", por favor indique				☐ Sí ☐ No
	Tipo		Cantidad por día		

#	Condición, cirugía o Tratamiento	Desde	Hasta	Nombre y teléfono de Médicos y hospitales
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	

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 DE LA SOLICITANTE

Fecha	DD / MM / AA	Firma	

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.