



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Lugar:

Fecha:

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS CLÍNICOS.

YO, _____ OTORGÓ MI AUTORIZACIÓN A LOS MÉDICOS
Nombre completo del asegurado
O PERSONAS QUE HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, ASÍ COMO A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS O LABORATORIOS
A LOS QUE HAYA INGRESADO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES CLÍNICOS QUE ME HAN SIDO
SOLICITADOS, PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA (CARDIF MÉXICO SEGUROS DE
VIDA, S.A. DE C.V. Y/O CARDIF MÉXICO SEGUROS GENERALES, S.A. DE C.V.) TODOS LOS INFORMES QUE
REFIEREN A MI SALUD, INCLUYENDO TODOS LOS DATOS DE ENFERMEDADES ANTERIORES, EN VIRTUD DE LA
SOLICITUD DE SEGURO QUE HE REALIZADO A DICHA COMPAÑÍA.
PARA EFECTOS DEL PRESENTE DOCUMENTO, RELEVO A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS DEL SECRETO
PROFESIONAL.

POR LO ANTERIOR, ENTIENDO Y ACEPTO QUE:

- HE ELEGIDO A UN HOSPITAL O CLÍNICA O LABORATORIO DE LA RED DE PROVEEDORES PROPUESTA.
- EL COSTO PARA REALIZARME LOS EXÁMENES MÉDICOS, SERÁ CUBIERTO DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR.

POR MI PROPIO DERECHO

[NOMBRE COMPLETO Y FIRMA]