

FORMULARIO DE REEMBOLSO ESENCIAL LIBRE ELECCIÓN



AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en adelante "Bupa México"), con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, 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, pone a su disposición el presente aviso de privacidad, a efecto de llevar a cabo el tratamiento legítimo, controlado e informado de sus datos personales, con el propósito de garantizar la privacidad de sus datos personales y su derecho a la autodeterminación informativa. Le recordamos que la información contenida en el presente formato será utilizada para dar trámite a su solicitud de reembolso, por lo que requerimos de su consentimiento expreso y por escrito al final del documento.

Para mayor información sobre los términos del tratamiento de sus Datos Personales y cómo ejercer sus derechos ARCO, lo invitamos a conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupalud.com.mx.

INDICACIONES

1. Este formulario deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible o de forma digital y deberá tener firma autógrafa del Asegurado. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Bupa México, no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

POR FAVOR CONSIDERE QUE ES NECESARIO ADJUNTAR:

- Identificación oficial vigente del titular de la cuenta bancaria
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del titular de la cuenta (sólo en caso que la identificación oficial no muestre en el domicilio o no sea el domicilio actual del titular de la cuenta)
- Facturas del servicio médico recibido en PDF y XML (a nombre del asegurado titular o contratante)
- Receta o recomendación médica.
- Orden médica de estudio de imagenología.
- En caso de beneficio de rehabilitación incluir solicitud del médico tratante, valoración del fisioterapeuta y bitácora de asistencias.
- Comprobante de pago del servicio recibido.
- Estudios de laboratorio, gabinete y/o patología.

1. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE (ES QUIEN PAGA LA PRIMA)

<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral							
Razón o denominación social / Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])							
Fecha de nacimiento		Fecha de constitución		País de nacimiento (persona física)		Nacionalidad	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
RFC			No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)				
Profesión u ocupación (persona física) - detallar				Objeto social o giro (persona moral)			
Folio mercantil (persona moral)		No. de identificación fiscal (solo para extranjeros)			CURP		
Calle				No. exterior		No. interior	
Colonia			Municipio o delegación			Entidad federativa	
Ciudad o población		Código postal		Teléfono particular		Correo electrónico	

2. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

(en caso de que los datos sean los mismos que los del contratante, solo será necesario confirmarlo mediante esta casilla:)

Nombre completo:		Fecha de nacimiento:	
Pais de Nacimiento:		RFC:	
Profesión y ocupación:		CURP:	
Domicilio:			
Teléfono:		Correo electrónico:	

3. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO

(en caso de que los datos sean los mismos que los del asegurado titular, solo será necesario confirmarlo mediante esta casilla:)

Nombre del asegurado afectado:		Teléfono:	
Fecha de nacimiento:		Correo electrónico:	

4. DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA (A QUIEN DEBERA EFECTUARSE EL PAGO)

Favor de marcar si el titular de la cuenta es el titular o el contratante

Asegurado Titular: Contratante:

Cuenta CLABE (a 18 dígitos)

Nombre del Banco:

Por este medio solicito y autorizo a Bupa México, para que cualquier pago que proceda a mi favor en mi calidad de Asegurado Titular y/o contratante o a favor de los Asegurados, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre o a nombre del beneficiario del pago.

El asegurado declara, bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a Bupa México, por los pagos/depositos que a favor de dichas cuentas ésta efectúe. Asimismo, declara expresamente que al efectuarse el o los depósitos o las transferencias a la cuenta antes mencionada, o el o los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza, los tendrá reconocidos y efectuados a su más entera satisfacción, otorgando a Bupa México, el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándose acción o derecho que ejercitar en contra de esta institución con motivo de los pagos realizados. De la misma manera, desde este momento asume cualquier obligación frente a terceros que pudiera derivarse de estos pagos, deslindando a Bupa México, de cualquier reclamación originada con motivo del cumplimiento del contrato del seguro citado.

Información importante relacionada a su reembolso:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada esté a nombre del Beneficiario de pago.
- La documentación física entregada a esta institución de la o las reclamaciones, permanecerán en la oficina receptora del trámite por 30 días naturales, posteriormente serán anexadas al expediente de la reclamación. Su entrega será a petición expresa del Asegurado Titular previa revisión y, en su caso, aceptación de su solicitud por parte de la Aseguradora.
- Presentar estado de cuenta bancaria que contenga la cuenta CLABE a nombre del beneficiario de pago y no mayor a tres meses de su emisión (se requiere presentar sólo una vez y en caso de cambio de cuenta bancaria).
- En subsecuentes reclamaciones sólo es necesario presentar la solicitud de reembolso con la información bancaria correspondiente.

5. IDENTIFICACION DE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

Exclusivo para personas físicas.

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso de afirmativo, describa el puesto: Parentesco o vinculación

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No

Especifique

¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí No

En caso de negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación Parentesco o vínculo con usted

¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí No

Nombre: Porcentaje de participación:

Nombre y firma del beneficiario de pago:

6. MOTIVO DEL REEMBOLSO

Consulta Médica
 Medicamentos

Terapia de Rehabilitación
 Laboratorio
 Imagenología

7. TIPO DE REEMBOLSO

Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento) Complementaria (Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

Diagnóstico y/o padecimiento: Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas del padecimiento o enfermedad: Fecha en que recibió atención médica o fue diagnosticado por primera vez:

Total del monto reclamado: \$

No. de factura	Fecha Servicio	Nombre del proveedor	Monto reclamado
1	DD / MM / AA		\$
2	DD / MM / AA		\$
3	DD / MM / AA		\$
4	DD / MM / AA		\$
5	DD / MM / AA		\$
6	DD / MM / AA		\$
7	DD / MM / AA		\$
8	DD / MM / AA		\$
9	DD / MM / AA		\$
10	DD / MM / AA		\$

Si usted requiere otra hoja por favor marque aquí

8. TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

El titular autoriza a Bupa México compartir con su agente o intermediario de seguros sus datos personales y sensibles para dar seguimiento a la presente solicitud de reembolso.

- Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles.
- No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles.

9. FIRMA

Lugar:		Fecha:	DD / MM / AA
Nombre y firma del contratante y/o asegurado titular			
Nombre y firma del asegurado afectado*			

*En caso de que el asegurado afectado sea menor de edad se solicita la firma del Padre, Madre o Tutor.

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.bupasalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO