

SOLICITUD PARA PAGO CON TRANSFERENCIA BANCARIA RECLAMACIONES



Número de póliza

1. BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> ASEGURADO TITULAR/CONTRATANTE <input type="checkbox"/> PROVEEDOR		SUSTITUYE CUENTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Nombre	Nombre(s)		Apellidos		
RFC					
Teléfono residencial*	Código de área	Número	Teléfono celular	Código de área	Número
E-mail*					

*Requisito indispensable para recibir el desglose y comprobante de los reembolsos que sean realizados de manera electrónica. Esta es la única forma de recibir dicha información y confirmación.

2. DATOS DE LA CUENTA

CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA QUE BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. REALICE LOS REEMBOLSOS CORRESPONDIENTES.

Favor anotar el número de cuenta y el de la CLABE interbancaria.

Debe ser cuenta de cheques o débito. El beneficiario debe ser Asegurado Titular/contratante o el proveedor.

Nombre del Cuentahabiente			
Banco			
Número de cuenta		Lugar y fecha	
Número de sucursal		Número de plaza	
CLABE		Nombre de la plaza	

Se otorga el finiquito más amplio que derecho corresponda, respecto de los reembolsos de gastos médicos correspondientes señalados en la presente y a través de este formato. Por lo anterior, no me/nos reservo/reservamos derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativa, ni de ninguna otra manera, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V., y/o de sus representantes y/o sus apoderados, en el entendido que la suma asegurada de la cobertura afectada de la póliza citada, será reducida en función de los reembolsos recibidos.

En este acto se subrogan los derechos que correspondan al suscrito, a favor de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. en los términos del artículo 152 de la Ley sobre el contrato de Seguro, comprometiéndome a proporcionar conforme a mis obligaciones legales y contractuales, todos los informes y documentos que le sean necesarios para ejercer acción de recobro que en su caso fuese procedente.

3. AVISO DE PRIVACIDAD

La información personal proporcionada por el Asegurado Titular/contratante, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono, y demás datos personales que Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en adelante designada como Bupa) en Montes Urales No. 745 1er Piso, Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, CP 11000, recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por sí o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del Asegurado Titular/contratante así como para la posible suscripción del contrato de seguro, así como realización de estudios estadísticos, gestión de otras solicitudes y contratos con empresas filiales, así como para remitirle información sobre productos y servicios.

La información personal del Asegurado Titular/contratante que Bupa recabe en esta forma será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a Bupa a compartirla en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha transferencia de información se efectúe con terceros para dar cumplimiento al contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios celebrados con el Asegurado Titular/contratante.
- b) En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.
- c) Cuando el Asegurado Titular/contratante de dicha información otorgue su consentimiento de manera expresa.

La información personal será resguardada por el Departamento y o responsable de Datos Personales de Bupa, ante quién el Asegurado Titular/contratante puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

- I.- Identificación oficial o documento con el que se acredite la representación del Asegurado Titular/contratante.
- II.- Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

A dicha información, Bupa dará respuesta en un plazo máximo de 20 días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el Asegurado Titular/contratante puede limitar el uso que conforme al presente aviso se de a su información personal. Bupa se reserva el derecho a modificar este Aviso de Privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.bupasalud.com.

Se entenderá que el Asegurado Titular/contratante consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

He leído y me doy por enterado del presente aviso de privacidad, de igual forma, estoy de acuerdo en todos sus términos.

Firma del Cuentahabiente		Fecha	Día/Mes/Año
--------------------------	--	-------	-------------

4. DATOS PARA SER LLENADOS POR EL AGENTE

Nombre	Nombre(s)		Apellidos	
Clave		Teléfono	Código de área	Número
E-mail				

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 7 de noviembre de 2016 con el número CGEN-S0065-0172-2016.

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 • serviciocliente@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com