

# FORMULARIO SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS



Este Formulario aplica para todos los productos de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

## INDICACIONES

1. Este formulario deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado afectado y del médico tratante. 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, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

## NOTA

1. Este formulario deberá ser acompañado de la siguiente documentación:
  - a. Identificación oficial vigente del asegurado afectado.
  - b. Todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.
  - c. En caso de solicitud de reembolso, es necesario adjuntar adicionalmente el "Formulario solicitud de Reembolso de Gastos Médicos".
  - d. En caso de solicitud de preautorización de servicio médico favor de anexar todos los estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico y a la necesidad del tratamiento médico solicitado.
  - e. En caso de accidente, Bupa se reserva el derecho de solicitar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes y/o proveedor del servicio médico. En caso de accidente como conductor en vehículos o transportes motorizados, es necesario anexar pruebas toxicológicas y los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Si el vehículo cuenta con seguro, favor de anexar copia del reporte de accidente de la compañía de seguros.

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

Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])			No. de Póliza
Fecha de nacimiento			CURP (si cuenta con ella)
<small>Día</small>	<small>Mes</small>	<small>Año</small>	
Nacionalidad	RFC		
No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)			
Profesión u ocupación - detallar		No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)	

## DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE (ES QUIEN PAGA LA PRIMA) PERSONA MORAL

Razón o denominación social			No. de Póliza
Fecha de constitución			No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)
<small>Día</small>	<small>Mes</small>	<small>Año</small>	
Nacionalidad	RFC		
Objeto social o giro		No. de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)	

## DIRECCIÓN (YA SEA PERSONA FÍSICA O MORAL)

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:	
RFC:		Teléfono:	

**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. TIPO DE RECLAMACIÓN**

Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento)	Complementaria (Cuando ya se han presentado gastos por este evento)	Diagnóstico			
Favor de indicar el número de cada factura y el monto correspondiente a cada una:			Monto total reclamado	\$	
No. de factura	Monto reclamado	No. de factura	Monto reclamado	No. de factura	Monto reclamado
1	\$	7	\$	13	\$
2	\$	8	\$	14	\$
3	\$	9	\$	15	\$
4	\$	10	\$	16	\$
5	\$	11	\$	17	\$
6	\$	12	\$	18	\$
Entrega de informe médico, resumen clínico o historia clínica		Sí	No		
Entrega de resultados de estudios		Sí	No	Cuáles	
Entrega de otros documentos		Sí	No	Cuáles	

**5. IDENTIFICACIÓN DE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA**

Información adicional sólo para persona física o representante legal

¿Usted o alguien con quien guarda relación desempeña un puesto dentro del gobierno? Sí No	Definir cargo	Dependencia
Actúa en nombre y cuenta propia? Sí No	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:	
Nombre y firma del beneficiario de pago:		

**6. DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA (A QUIEN DEBERÁ EFECTUARSE EL PAGO)**

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

Asegurado Titular	Contratante	Alta de cuenta bancaria	¿Desea actualizar la cuenta bancaria?	Sí	No
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 depositos 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.

## 7. TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

Además de las transferencias de datos personales permitidas por la regulación aplicable y con el propósito de dar cumplimiento a las finalidades primarias y secundarias establecidas en nuestro Aviso de Privacidad Integral, usted autoriza a Bupa México para llevar a cabo la transferencia de sus datos personales con:

- Su agente o intermediario. Proveedores de servicios asistenciales.
- Proveedores hospitalarios Proveedores de servicios ambulatorios.
- Proveedores médicos y de telemedicina. Reaseguradoras y Coaseguradoras.

**Favor de elegir una opción de manera obligatoria:**

Consiento de manera expresa a que mis datos sean transferidos:            Sí            No

## 8. FIRMA

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

## AVISO DE PRIVACIDAD

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. Le recordamos que la información recabada a través del presente formato será utilizada para dar trámite y seguimiento a su proceso de reclamación, 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.bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx).

### **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](mailto:atencioncliente@bupa.com.mx) • [www.bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx)

### **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México  
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • [une@bupa.com.mx](mailto:une@bupa.com.mx)