FORMULARIO DE REEMBOLSO ESENCIAL LIBRE ELECCIÓN

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

AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., ("*Bupa México*") con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de 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, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable ("***LFPDPPP***"). Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupasalud.com.mx.

TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

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

Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

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.

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) PERSONA FÍSICA

Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])			No. de Póliza
Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	CURP (si cuenta con ella)
Día Mes Año			
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 (Día / Mes / Año)	Folio mercantil	No. de identificación fiscal (solo para extranjeros, si cuenta con ella)	
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: (Día / Mes / Año)	
País 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: (Día / Mes / Año)		Correo electrónico:	

4. 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/depósitos 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 menciona- da, 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.or a tres meses de su emisión (se requiere presentar sólo una vez y en caso de cambio de cuenta bancaria).

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. IDENTIFICACIÓN DE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

Información adicional sólo para persona física o representante legal

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	Terapia de Rehabilitación
Medicamentos	Laboratorio
	Imagenología

7. TIPO DEL 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:
	Día Mes Año	Día Mes Año
	Total del monto reclamado:	$

No. de factura	Fecha Servicio	Nombre del proveedor	Monto reclamado
1	Día Mes Año		$
2	Día Mes Año		$
3	Día Mes Año		$
4	Día Mes Año		$
5	Día Mes Año		$
6	Día Mes Año		$
7	Día Mes Año		$
8	Día Mes Año		$
9	Día Mes Año		$
10	Día Mes Año		$
Si usted requiere otra hoja por favor marque aquí			

8. FIRMA

Lugar:		Fecha:	Día Mes Año
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.
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada,
Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • atencioncliente@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada,
Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • une@bupa.com.mx • www.bupasalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO