

SOLICITUD PARA PAGO CON TRANSFERENCIA BANCARIA RECLAMACIONES



Número de póliza

1. BENEFICIARIO:	ASEGURADO TITULAR/CONTRATANTE	PROVEEDOR	SUSTITUYE CUENTA:	SI	NO
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					
Dirección del Cuentahabiente					
Ciudad			País		
Banco					
Número de cuenta	Lugar				
	Fecha		Día	Mes	Año
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

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

4. FIRMA

Firma del Cuentahabiente		Fecha:	Día	Mes	Año

5. 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.

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

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO