

SOLICITUD PARA PAGO CON TRANSFERENCIA BANCARIA

Reclamos

1 Asegurado Titular / Contratante Proveedor Sustituye cuenta Si No

Nombre:		Nombre(s)		Apellidos	
RFC:					
Teléfonos y correo electrónico (e-mail) *					
Residencial*	Código de área	Número	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 de 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:	
CUENTA EN PESOS			
Número de Sucursal:		Número de Plaza:	
CLABE:		Nombre de la Plaza:	
CUENTA EN DÓLARES			
Código ABA/BIC:		SWIFT:	
Dirección Del Banco:		País:	
Teléfono Del Banco			
Sucursal			

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 TITULAR, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono, y demás datos personales que BUPA MEXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A DE C.V. (en Montes Urales No. 745 1er Piso, Lomas de Chapultepec, México D.F. CP 11000, adelante designada como BUPA) recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por si o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular 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 Titular 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 efectuó con terceros para dar cumplimiento al contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenio celebrados con el Titular.
- b) En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.
- c) Cuando el titular 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 Titular 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 Titular.
- 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 Titular 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.bupa.com.mx

Se entenderá que el Titular 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*					

*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.

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745 1er Piso, Col. Lomas de Chapultepec
Tel: 52.02.17.01 Fax: 52.02.20.97
serviciocliente@bupalatinamerica.com
www.bupa.com.mx