

SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL SEGURO BÁSICO ESTÁNDAR DENTAL INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR



1. Datos del Titular

Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])			Fecha		
			Día	Mes	Año
No. de Póliza	Tipo de Plan	Empresa	Vigencia		

2. Datos del Paciente

Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])				Parentesco	
Domicilio	Estado		Código Postal		
Colonia	Teléfono		Edad		

3. Datos del Dentista

Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])	No. Clave

4. Datos de la Reclamación

Ubicación Obturación	<p style="text-align: center;">Vestibular</p> <p style="text-align: center;">18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28</p> <p>1 2</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vestibular</p> <p style="text-align: center;">48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38</p> <p>4 3</p>												Simbología
O Oclusal													o Caries
Y Vestibular													= Extracción
M Mesial													x Diente ausente
D Distal													■ Corona
L Lingual													□ Prótesis removible
P Palatino													▣ Prótesis fija
													∧ Endodoncia
													1) Indique con color azul los tratamientos existentes
													2) Indique con color rojo los tratamientos aplicados

			Servicios Cubiertos con plan			No cubiertos			
Código	No. de diente	Ubicación Obturación	A cargo de "Institución"	A cargo de Paciente	Valor total	Fecha de Terminación	Tx Arancel preferencial	Firma	
		Totales:							
Fecha de recepción			Deducible		¿Aplica deducible?			Sí	No
Folio No.			Saldo		¿Pagó deducible a otro doctor de red?			Sí	No
Firma de Auditor			A/C Compañía		¿A quién pagó deducible?				
			A/C Paciente		Dr.				
Observaciones			Fecha de pago del deducible			Día Mes Año			
			Firma Odontólogo						

Documentación Anexa

Entrego la documentación que se relaciona a continuación para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será en base a las condiciones de la póliza del seguro contratado.

Diagnóstico Dental Sí No	Radiografías:	Sí	No	Número de Factura o Recibo de Honorarios	Otros (Especificar)	
	Cantidad					
Solicito pago por:		Transferencia Electrónica (Llenar el apartado A)		Cheque	Total Reclamado	

Nombre y Firma del Asegurado Titular o de su Representante Legal

Apartado A - Instrucción de Pago-Finiquito por Transferencia Electrónica

Por este conducto solicito y autorizo a Institución para que cualquiera pago que proceda a mi favor, derivado de los Contratos de Seguro concertados en esta Institución sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

Nombre del banco				Número de cuenta	
Sucursal	Plaza	Clabe			

La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco, consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Institución, el más amplio finiquito que en derecho proceda a este reclamo.

Importante: Es necesario que en la CLABE arriba señalada aparezca el Asegurado Titular como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella de forma independiente (No mancomunada).

Nombre y Firma del Asegurado Titular o de su Representante Legal

5. 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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la presente solicitud quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del 6 de junio del 2024, con el número CNSF-H0719-0022-2024 / CONDUSEF-006468-01.

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