

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA EL SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE SALUD INDIVIDUAL



Tipo de gasto reclamado		Fecha de solicitud		
Preventivo	Correctivo (Accidente o enfermedad)	Día	Mes	Año

1. Datos del Asegurado afectado

Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])				
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Fecha de alta en esta póliza
Día	Mes	Año		Día
				Mes
				Año
Ocupación		Ciudad y Estado		Teléfono
¿Tiene o ha tenido alguna cobertura de gastos médicos o programa de Salud con otra compañía? Sí No				
En caso afirmativo, por favor indique con qué compañía			No. Póliza	

2. Datos del evento

En caso de que el gasto sea correctivo (Accidente o enfermedad)		Fecha de inicio		
		Día	Mes	Año
¿Cuál fue el accidente o enfermedad?				
¿Se realizaron estudios de laboratorio o gabinete?	En caso de afirmativo, favor de anexar los resultados y especificar cuáles son:			
Sí No				

3. Datos del (los) Médico(s) que lo ha(n) atendido

Nombre del Médico Tratante		Cédula Profesional
Teléfono	Especialidad	Cédula Especialidad

4. Detalle de gastos reclamados

Consulta	No. de recibo	Cantidad	No. de recibo	Cantidad
Estudios de laboratorio	No. de factura	Cantidad	No. de factura	Cantidad

Lugar y fecha	Nombre y firma del titular
---------------	----------------------------

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 4 de junio de 2024, con el número CNSF-H0719-0019-2024/CONDUSEF-006465-01.

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