

Seguros Salud

Fecha

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Nombre del contratante		
Nombre del asegurado titular		
Número de póliza		N.º de certificado
Teléfono	Celular	Correo electrónico

Por este medio solicito y autorizo a BBVA Bancomer Seguro Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato de seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos.

Datos de la cuenta bancaria:

Nombre del Beneficiario (Titular de la Póliza):

Banco:

<input type="checkbox"/> BBVA N.º de cuenta 10 posiciones <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
<input type="checkbox"/> Otro Banco (especifique) _____ CLABE (Clave Bancaria Estandarizada a 18 posiciones) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

Asimismo, declaro expresamente que al efectuarse el o los depósitos o transferencias a la cuenta antes mencionada, por el o lo montos que procedan de acuerdo con el contrato de seguro y con las condiciones de la póliza, los tendré reconocidos y efectuados a mi más entera satisfacción, otorgando a BBVA Seguros Salud el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción o derecho que ejercitar en contra de esta Institución con motivo de los pagos realizados. Asimismo, desde este momento asumo cualquier obligación frente a terceros que pudiere derivarse de estos pagos, deslindando a BBVA Seguros Salud de cualquier reclamación originada con motivo del cumplimiento del contrato de seguro citado.

Es de mi conocimiento la siguiente información:

1. Salvo que el asegurado titular de la póliza tenga cuenta bancaria en BBVA, es requisito indispensable adjuntar a esta Instrucción de pago, una copia del encabezado del estado de cuenta bancaria, misma que no deberá tener más de tres meses de antigüedad.
2. Los depósitos de las indemnizaciones se realizarán en el número de cuenta registrado. Si desea que posteriormente se depositen en otra, deberá ingresar nuevamente este formato con el nuevo número de cuenta y la documentación requerida.
3. Se debe de anexar copia de la identificación oficial (IFE, cédula profesional, licencia de conducir, cartilla del servicio militar o certificado, matrícula consular, tarjeta de afiliación INAPAM).
4. El asegurado declara, bajo protesta de decir verdad, que el número de cuenta bancaria aquí proporcionado 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 esta Compañía por los pagos/depósitos que a favor de dichas cuentas se efectúen.

BBVA Bancomer Seguros Salud S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas y en www.bbva.mx.

Otorgo mi consentimiento a BBVA Bancomer Seguros Salud S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que se traten mis datos personales y financieros de conformidad con el Aviso de Privacidad.

Nombre y firma del Asegurado Titular

Seguros Salud

 Fecha

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Nombre del titular		
Nombre del paciente		
Número de póliza		N.º de certificado
Teléfono	Celular	Correo electrónico

 N.º de Siniestro (En caso de ser subsecuente)

Favor de llenar la cuadrícula con el detalle de los documentos presentados en su reclamo. Si requiere más renglones, por favor, utilice un formato adicional.

ITEM	Fecha	N.º de factura/recibo	Razón Social del Proveedor	Importe
1				\$
2				\$
3				\$
4				\$
5				\$
6				\$
7				\$
8				\$
9				\$
10				\$
11				\$
12				\$
13				\$
14				\$
15				\$
16				\$
17				\$
18				\$
19				\$
20				\$

Si desea que su pago se realice a través de una transferencia electrónica, favor de llenar el reverso de este formato; de lo contrario, se realizará mediante un cheque bancario.

Total

\$

BBVA Bancomer Seguros Salud S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas y en www.bbva.mx

Otorgo mi consentimiento a BBVA Bancomer Seguros Salud S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que se traten mis datos personales y financieros de conformidad con el Aviso de Privacidad.

Nombre y firma del Asegurado Titular