



Seguros Salud

**SOLICITUD  
INSTRUCCIÓN DE REEMBOLSO**

Fecha / /

Nombre del Contratante		
Nombre del Asegurado Titular		
Nombre del Asegurado Afectado		
N.º de Póliza	Certificado	R.F.C.
Teléfono	Celular	Correo electrónico
CURP	Cobertura afectada	

Por este medio, les presento los documentos para el reembolso de gastos médicos de mi seguro:

Documentos entregados: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Importe total de las facturas/recibos: \_\_\_\_\_

Por este medio solicito y autorizo a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México (BBVA Seguros Salud), 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.

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Asimismo, declaro expresamente que al efectuarse el o los depósitos o transferencias a la cuenta antes mencionada, por el o los montos que procedan de acuerdo con el contrato de seguro y con las condiciones de la Póliza, los tendrá 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 ejercer en contra de esta Institución con motivo de los pagos realizados. Además, 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 México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA México, es requisito indispensable adjuntar a esta Institución 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 anexar copia de la identificación oficial vigente (INE, cédula profesional, licencia para conducir, cartilla del servicio militar o certificado, matrícula consular, tarjeta de afiliación al INAPAM).
4. El Asegurado declara, bajo propuesta de decir la 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 Institución por los pagos/depósitos que a favor de dichas cuentas se efectúen.

BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba tus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar tu identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicitas o contratas con nosotros. Podrás consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras sucursales y en [www.bbva.mx](http://www.bbva.mx)

Otorgo mi consentimiento a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, para que se traten mis datos financieros y sensibles, conforme al Aviso de Privacidad.

---

Nombre y firma del Asegurado Titular

**BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México.**

Av. Paseo de la Reforma 510, Col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Atención a siniestros: 55 5448 6812