

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRIMA CON TARJETA DE CRÉDITO

(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



## 1. INFORMACIÓN PARA EL CARGO

Yo:

Apellidos

Nombre(s)

Autorizo a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., a cargar mi tarjeta de crédito:



Banco emisor

☐ Normal

Número de tarjeta

Código de seguridad

Fecha de expiración

DD / MM / AA

Importe

US\$

Importe

MX\$

Dirección del tarjetahabiente (donde recibe los estados de cuenta de su tarjeta)

Esta es la única forma de recibir dicha información y confirmación.

Teléfono

Correo electrónico

Número de póliza

Fecha de renovación

DD / MM / AA

Nombre del asegurado

Por medio de este documento, autorizo a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en adelante "Bupa"), a debitar directamente la tarjeta de crédito identificada arriba por el monto indicado para el pago de la prima de mi póliza de salud, tal como se indica en este Formulario de Autorización.

Entiendo que si hubiera algún cambio en las tarifas y/o cobertura de mi póliza, la cantidad de la prima podría ser diferente del monto establecido en mi aviso de pago. Además, entiendo que una copia correcta y fiel de esta Autorización será enviada a mi compañía de tarjeta de crédito, y que con mi firma en este documento, yo les solicito permitan a Bupa debitar directamente de mi cuenta de tarjeta de crédito el monto correspondiente al pago de las primas de mi póliza de salud hasta el momento en que yo indique lo contrario por escrito.

Reconozco que si el débito directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado o rechazado por cualquier razón, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de salud, o mi póliza podría ser interrumpida, terminada o cancelada.

En cumplimiento con el Art. 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, solicitamos anexar por ambos lados fotocopia de la identificación oficial del titular de la tarjeta de crédito y del plástico.

La cancelación de los cargos por cobranza ya autorizados deberá presentarse por escrito con 15 días naturales de anticipación, sin excepción, de conformidad con las condiciones generales de la póliza.

## 2. AVISO DE PRIVACIDAD

En virtud de lo señalado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, los clientes aceptan y otorgan su consentimiento expresamente con la firma del presente, para que BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. haga uso de los datos personales que proporcionen, con la finalidad de prestarle los servicios señalados por el agente.

De acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento a los clientes lo siguiente:

a. Finalidad del tratamiento de datos:

Se recaban sus datos personales con las finalidades de: emisión, administración de pólizas, trámites para la evaluación de reclamaciones y pago por reembolsos en el caso de reclamaciones procedentes.

Del mismo modo para obtener de cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, dicha información sobre su persona.

b. Opciones y medios que se le ofrecen al personal para solicitar se limite el uso y divulgación de sus datos:

## 2. AVISO DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

Los datos personales del titular, serán mantenidos en estricta confidencialidad, de conformidad con las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que al efecto BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., implemente en sus políticas y procedimientos de seguridad, quedando prohibido su divulgación ilícita y limitando su uso a terceros, conforme a lo previsto en el presente Aviso de Privacidad.

En este sentido BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V, señala y hace de su conocimiento que tiene una “Política de Privacidad” establecida para explicar a terceros la forma en cómo la empresa da tratamiento a los “Datos Personales”, misma que cumple con lo señalado en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

c. Medios para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición).

Enviando una solicitud, que cumpla con los requisitos señalados por la Ley de Protección de Datos Personales al correo electrónico [privacidad@bupalatinamerica.com](mailto:privacidad@bupalatinamerica.com).

d. En dado caso de que la Compañía realice cambios al presente aviso, lo podrá comunicar al cliente, al empleado o proveedor, según sea el caso, por los siguientes medios:

1. Por correo electrónico a la cuenta que usted nos proporciona en la solicitud.

2. A través de la página [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

Firma del tarjetahabiente		Fecha	DD / MM / AA
Firma del asegurado principal		Fecha	DD / MM / AA

## 3. FUTURAS RENOVACIONES

Al firmar, usted autoriza el cargo automático de futuras renovaciones.

Firma del tarjetahabiente		Fecha	DD / MM / AA
Firma del asegurado principal		Fecha	DD / MM / AA

**Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México  
Tel. (55) 5202 1701 • [servicioacliente@bupalatinamerica.com](mailto:servicioacliente@bupalatinamerica.com) • [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)