

Programación de cirugía Tratamiento médico Reembolso

Muy importante

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

Instrucciones:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Ficha de identificación	
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento Sexo <small>Día Mes Año</small> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de atención <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro médico o unidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____

Historia Clínica	
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)
G ___ / P ___ / A ___ / C ___ / Especificar si recibió tratamiento para infertilidad Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____

Padecimiento actual	
Principales signos y síntomas	
Fecha de inicio <small>Día Mes Año</small>	
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico Fecha de diagnóstico <small>Día Mes Año</small>
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	

Historia clínica

Tipo de padecimiento		Descripción del tratamiento		Fecha de inicio		
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido				Día	Mes	Año
¿Hubo complicaciones?		Describa complicaciones				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Observaciones						
Resultado de exploración física y de los estudios realizados. Anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico						

Nombre del hospital	Tipo de estancia	Fecha de ingreso			Fecha de egreso		
	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Datos del médico tratante

Nombre del médico			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presupuesto			
Domicilio:			
Teléfono(s):			
Nombre de ayudante:			
Nombre de anestesiólogo:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante para el Asegurado titular y Afectado: El servicio que el hospital proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y Usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente. Seguros Atlas, S.A. no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Nota Importante para el Médico: Se le informa al médico que el presente informe y su contenido carecerán de valor en los términos del Aviso de Privacidad sin la firma del asegurado afectado y en caso de minoría de edad se requerirá de firma del asegurado titular. Por lo anterior solicitamos su amable cooperación para recabar la firma correspondiente.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante

Nombre y firma del paciente

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 20 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0015-2015 y a partir del día 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015.”

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Instrucciones:

- 1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa.
- 3.- Por el hecho de proporcionar este formulario, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- 4.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la reclamación

Reembolso Programación de cirugía-tratamiento
 Pago directo

Tipo de reclamación

Accidente Embarazo Enfermedad

Nombre o razón social del contratante			No. de póliza		
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:			R.F.C. o CURP		
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado _____			R.F.C. o CURP		
No. de certificado del afectado _____		Fecha de alta		Día Mes Año / / Día Mes Año / /	
Nacionalidad _____		Fecha de nacimiento		Día Mes Año / /	
Sexo	Parentesco con el titular	Correo electrónico	Teléfono de contacto Clave lada ()		
Domicilio /calle			No. exterior	No. interior	
Colonia	C.P.	Estado	Delegación	Ocupación o profesión	
Lugar donde trabaja/empresa			Giro de la empresa		
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? ____ Si ____ No					
Si su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro _____					
Compañía _____			Fecha de alta		
			Día Mes Año / /		
¿Actualmente tiene otro seguro? ____ Si ____ No Compañía _____					
Tipo de reclamación __ inicial __ complementaria					
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó _____					

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad Día Mes Año _____ / _____ / _____	Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad Día Mes Año _____ / _____ / _____
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación _____ Si es accidente detallese, ¿Cómo y dónde fue? _____ _____	
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del ministerio público) _____	
En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía _____ Cobertura _____ Suma asegurada _____ No. de póliza _____ Compañía del tercero _____ Hospital en que fue atendido _____ Estuvo hospitalizado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Días de estancia _____	
¿Que estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? _____ _____	
Nombre del médico tratante _____ Especialidad _____ Dirección _____ Tel. y/o e-mail _____	
¿Médicos que ha consultado en los últimos dos años? _____ _____	
Causa _____	Fecha Día Mes Año / / / _____ _____ Tel. y/o e-mail _____

Documentos a presentar:

- 1.- Copia de la actuación del ministerio público (en caso de accidente).
- 2.- Copia del expediente médico de la institución en donde se atendió.
- 3.- Interpretación de estudios radiológicos de gabinete.
- 4.- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE o INE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).
- 5.- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez, copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.)
- 6.- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, releva de toda responsabilidad a la institución.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Atlas, S.A. lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, inclusive después de mi fallecimiento, con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida. Asimismo autorizo a las compañías de Seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante:

El servicio que el hospital le proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente, Seguros Atlas, S.A. no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Fecha

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 Lugar _____

Nombre y firma del titular

Nombre y firma del afectado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 20 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0015-2015 y a partir del día 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015.”



CARTA REMESA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Esta carta deberá llenarse por el asegurado

Datos de la póliza

Nombre y clave del agente _____

No. póliza _____ Vigencia del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Fecha alta Seg. Atlas ____ / ____ / ____

Nombre del contratante _____

Nombre del titular _____

Nombre del asegurado afectado _____

Fecha de nac. ____ / ____ / ____ Edad _____ Certificado _____

Secc. _____ Fecha de antigüedad: nacional _____ extranjera _____

Datos del siniestro

Tipo de siniestro: Accidente Enfermedad Fecha de siniestro: ____ / ____ / ____

Siniestro: Inicial Complementario; Fecha de reclamación.: ____ / ____ / ____

No. de siniestro: _____

Tipo de reclamación: Reembolso Anticipo Reexpedición Carta pase

Otros: _____

Padecimiento: _____

Facturas presentadas / montos		Para uso exclusivo de Seguros Atlas	
Concepto	Importe presentado	Importe pagado	Diferencia
1.- Cirujano			
2.- Ayudante			
3.- Anestesista			
4.- Material anestésico			
5.- Cuarto de hospital			
6.- Sala de recuperación			
7.- Material y equipo			
8.- Consultas			
9.- Medicamentos			
10.- Laboratorio y gabinete			

11.- Otros			
12.- Otros			
13.- Otros			
14.- I.V.A. (sólo pagos directos)			
Gastos no cubiertos			
Total			
Menos deducible			
Menos coaseguro			
Mas I.V.A. (sólo pago directo)			
Total a pagar			
Observaciones:			

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

NOTA:

El total de gastos presentados debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, los cuales deben presentarse adjuntos a la presente carta remesa en el mismo orden de conceptos y DEBERÁ LLENARSE Y PRESENTARSE POR EL CONTRATANTE, EL AGENTE DE SEGUROS Y/O EL TITULAR DE LA PÓLIZA.

En caso de proceder el pago de la presente reclamación se realizará mediante transferencia bancaria. (Solicitar a su agente o en ventanilla y anexar formato para pago por transferencia).

Autorizo que la información proporcionada sea manejada por medios electrónicos.

Nombre completo, firma y carácter de la persona que presenta la presente Carta Remesa.

Fecha: _____

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 20 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0015-2015 y a partir del día 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015.”

**FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN BANCARIA
PARA PAGO VÍA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

Nombre del contratante: _____

Número de póliza: _____ Fecha de reclamación: _____ / ____ / ____

Alta de cuenta (Registrar la información de la sección I y II)																							
I. Información general																							
Nombre o Razón Social del titular de la cuenta bancaria del asegurado (Se debe escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)																							
Domicilio fiscal del titular de la cuenta bancaria o del asegurado																							
Calle:			Colonia:																				
No. ext.	No. int.	Municipio o delegación		Ciudad o población																			
Entidad federativa		C.P.	Teléfono casa/oficina		Ext.																		
R.F.C. (letras, año, mes, día, homoclave)			CURP (18 caracteres)																				
Correo electrónico			Celular																				
II. Alta de cuentas bancarias																							
Seleccione una o las dos siguientes opciones de pago y registre la información solicitada:																							
A	<input type="checkbox"/>	Cuenta de cheques	Realizar los pagos a una cuenta de cheques																				
B	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de débito	Realizar los pagos a una cuenta de tarjeta de débito																				
Datos de la cuenta bancaria Esta información es únicamente para efectos de trámite solicitado (confidencial)																							
CLABE																							
Para ambas opciones favor de proporcionar su cuenta CLABE de 18 dígitos tal y como aparece en el estado de cuenta proporcionado por su banco. (Anexar copia)			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>																				
Nombre del banco			No. de sucursal	No. de plaza																			
Favor de anexar copia de identificación oficial vigente.																							

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Seguros Atlas, S.A. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato de seguro concertado con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada por el monto que proceda de esta y futuras reclamaciones de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y en consecuencia otorgo a favor de Seguros Atlas, S.A. el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir Seguros Atlas, S.A., desistiéndome en su caso, de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Nota: esta información será utilizada para todos los movimientos solicitados, en caso de cancelación o cambio deberá enviarnos un nuevo formato con la actualización de sus datos.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-5000, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nombre y firma del titular de la cuenta bancaria o asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de marzo de 2015, con los números CGEN-S0023-0039-2015, CGEN-S0023-0040-2015, CGEN-S0023-0041-2015 y CGEN-S0023-0042-2015.