FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO ELECTRÓNICO DE RECLAMACIONES

Bupa

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL			
Nombre completo	Apellido / Nombre / Inicial		
Número de póliza		Fecha de nacimiento	DD/MM/AA
Dirección			
Correo electrónico			
Tel. trabajo		Tel. residencia	
Tel. celular		Fax	

2. MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR SU REEMBOLSO (MARQUE UNA OPCIÓN)
☐ Por favor depositar el reembolso en mi cuenta banacaria en los EE.UU.
☐ Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria fuera de los EE.UU.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA BANCARIA			
Titular de la cuenta			
Número de cuenta		☐ Corriente ☐ Ahorro	
Nombre del banco beneficiario			
No. ABA (transferencia ACH)	(sólo para bancos en los EE.UU.)	Código SWIFT	(sólo para bancos fuera de EE.UU.)
Agencia bancaria			
Dirección de la agencia bancaria			

CUENTA FINAL (SI CORRESPONDE)			
Nombre			
Número de cuenta			
BANCO INTERMEDIARIO (COMPLETAR PARA TRANSFERENCIAS A BANCOS BENEFICIARIOS FUERA DE EE.UU.)			
Nombre del banco		No. ABA	
SWIFT code		Otro	
Dirección			
Número de cuenta			

Con mi firma otorgo mi consentimiento para que todos mis reembolsos por concepto de reclamación sean transferidos a la cuenta bancaria indicada en este formulario, a menos que yo informe a Bupa y/o cualquiera de sus compañías afiliadas con anticipación y por escrito sobre cualquier cambio en la información bancaria proporcionada en este documento.

Nombre del asegurado (en LETRA DE MOLDE)	Apellido / Nombre / Inicial		
Firma del asegurado principal		Fecha	DD/MM/AA

18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 275 1500 , +1 (800) 321 5187 • Fax +1 (305) 275 1518 • www.bupasalud.com/MiBupa • bupa@bupalatinamerica.com