SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

La aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

☐ Póliza nueva ☐ Dependientes adicionales ☐ Cambio de plan

Para uso de la compañía
Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

POR FAVOR PROPORCIONE COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CADA SOLICITANTE

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes) (Nombre, inicial y apellido	Relación con el asegurado principal	Estado civil[1]	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Primer nombre Inicial Apellido	Asegurado principal		Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg	☐ pies ☐ m

Ciudadanía	País de nacimiento	Tipo de identificación	Número y extensión

Primer nombre Inicial Apellido			Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg ☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número			

Primer nombre Inicial Apellido			Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg ☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número			

Primer nombre Inicial Apellido			Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg ☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número			

Primer nombre Inicial Apellido			Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg ☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número			

Si se solicita cobertura para un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de fertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? ☐ Sí ☐ No.

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar ☐

[1] **S** – soltero **C** – casado(a) **DP** – compañero(a) doméstico(a) **D** - divosciado(a) **V** – viudo(a) Nota: Todo solicitante **de 65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto:		Fecha efectiva solicitada para cobertura	Día/Mes/Año
Deducible:		**Cobertura adicional:** Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ningun será aplicada.	
Fecha efectiva solicitada para la cobertura	Día/Mes/Año	☐ Complicaciones de maternidad[2]	☐ Procedimientos de trasplante[3]
Renovaciones/adiciones: ☐ Worldwide ☐ Select ☐ Prestige ☐ Choice		Deducible :	

[2] Por favor complete el Cuestionario de Maternidad [3] Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

3. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

(3.1) ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía				Teléfono	
Producto		Valor del deducible		No. de póliza	

(3.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía? ☐ Sí ☐ No

(3.3) Si la cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.

(3.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada, sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la asegurdora para cualquiera de los solicitantes? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", favor explicar:	

4. INFORMACIÓN GENERAL

(4.1) Dirección residencial

Residencia					
Código postal		Ciudad/Estado		País	
Postal (si diferente de la anterior)					
Código postal		Ciudad/Estado		País	

(4.2) ¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? ☐ Sí ☐ No Si responde "No", indique el nombre y la dirección.

Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

(4.3) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los Estados Unidos de América? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", ¿reside actualmente o ha residido en los EE.UU. por más de 6 meses en el período de un año? ☐ Sí ☐ No

(4.4) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		Correo electrónico			

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Sin perjuicio de las condiciones aplicables al pago de reclamaciones contempladas en esta póliza, en mi calidad de asegurado/a titular designo como beneficiario/s a la/s siguiente/s persona/s, quienes podrán recibir los beneficios o pago de reclamaciones previstos en esta póliza en caso de que se produzca mi fallecimiento.

Nombre	Apellido Nombre	Relación con el asegurado principal	
Nombre	Apellido Nombre	Relación con el asegurado principal	
Nombre	Apellido Nombre	Relación con el asegurado principal	

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) tratante(s)

Nombre del solicitante		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.2) Examenes médicos

¿Han tenido los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí" explique abajo.

Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado ☐ Normal ☐ Anormal Si es anormal, favor explicar					
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado ☐ Normal ☐ Anormal Si es anormal, favor explicar					
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado ☐ Normal ☐ Anormal Si es anormal, favor explicar					

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar. ☐

(6.3) Cuestionario médico

Esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de Bupa Global y desea cambiar su plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su plan.

SECCIÓN 1

1	¿Padece o ha padecido enfermedad o accidente en los últimos 5 años? Responda si, si tiene una enfermedad, incluso si no ha sido hospitalizado o ingresado	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
2	¿Está o ha estado ingresado, o intervenido en algún centro hospitalario? Responda si, si ha sido admitido u operado en algún hospital o centro médico por algún motivo.	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
3	¿Está bajo algún tratamiento o utiliza cualquier tipo de medicamento de forma recurrente? Responda si, si utiliza cualquier medicamento, píldora, o anticonceptivo y detalle en la sección (6.5) Medicamentos	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
4	¿Tiene algún síntoma o dolor persistente o reiterado, no diagnosticado? Responda si, si recientemente ha tenido algún síntoma o dolor que no ha sido estudiado o diagnosticado	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	Padece de alguna malformación de nacimiento, enfermedades congénitas y/o genéticas? Responda si, en caso de tener una malformación de nacimiento o alguna enfermedad congénita y/o genética.	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
6	¿Está embarazada o ha estado embarazada alguna vez? Si respondió “Si”, ¿ Tiene o ha tenido usted alguna complicación relacionada a su(s) embarazo(s) (abortos/embarazos ectópico/eclampsia/preeclamsia)? Si su respuesta es afirmativa, complete la sección de información adicional.	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
Hábitos: El solicitante y/o dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si o no. si respondió "si", explique Quien, Tipo, cantidad/ día.		Sí ☐ No ☐

Quién		Tipo		Frecuencia	

SECCIÓN 2

7	Enfermedades de Corazón o Sistema Circulatorio (por ejemplo, hipertensión arterial, angina/ dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, latidos cardíacos anormales, aneurismas, varices, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
8	Trastornos en Sistema Endocrino (por ejemplo, diabetes tipo 1 o tipo 2 o problemas de tiroides, hipófisis o talla baja, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
9	Trastornos en Sistema Respiratorio (por ejemplo, asma, EPOC, infecciones respiratorias, neumonía o bronquitis, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
10	Trastornos Digestivos - esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado o vesícula biliar (por ejemplo, gastritis, úlcera gástrica, hemorroides, pancreatitis, hepatitis aguda, cirrosis, cálculos en vesícula, cólicos biliares o hernias, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

11	Dermatología - piel y anejos (por ejemplo, eczema, dermatitis, psoriasis, acné, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
12	Sistema Neurológico (por ejemplo: Esclerosis Múltiple, ictus, epilepsia, migrañas, neuritis, hemi o paraplejia, infartos cerebrales, strokes, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
13	Sistema Musculo-esquelético (por ejemplo, artritis, dolor de espalda, desordenes de columna vertebral, alteraciones en articulaciones operadas o no, fracturas, cirugías, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
14	Urología/ Sistema Genitourinario masculino (por ejemplo, enfermedades de vejiga, riñón o próstata, infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
15	Urología/Ginecología (enfermedades del aparato urinario y ginecológico por ejemplo infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, quistes de ovarios, fibromas, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
16	Hematología e inmunología -Enfermedades de la sangre o inmunológicas (por ejemplo, Lupus, anemias y autoinmunes, enfermedades reumáticas o enfermedades de la colágena, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
17	Enfermedades de ojos, nariz, oídos, o garganta (por ejemplo, catarata, glaucoma, queratitis, sinusitis, entre otros).	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
18	Psiquiatría y Psicología (por ejemplo: esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
19	Cáncer y enfermedades linfoproliferativas - Tales como cáncer de cualquier localización incluyendo leucemias y linfomas, condiciones precancerosas, como: lesiones cervicales, queratosis actínica, entre otros.	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
20	Enfermedades Congénitasy/o Genéticas- Ejemplo, desordenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo por ejemplo síndrome de Down, malformaciones cardiovasculares, neurológicas, entre otros.	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
21	Enfermedades infecciosas relevantes y/o de transmisión sexual como ejemplos: Hepatitis Crónica, Tuberculosis, VIH/ Sida, Malaria, entre otros.	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	
22	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugia/ hospitalización no mencionada arriba?	Sí ☐ No ☐
	Nombre del(los) solicitante(s)	

(6.4) Explicación de condiciones médicas

Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica de la sección 1 y 2. Por favor incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia.

(a) Mencione la enfermedad,diagnóstico preciso y su problema médico, indicando la zona y lado del cuerpo afectado (por ejemplo, fractura de tibia en pierna derecha, retinopatía diabética en el ojo izquierdo)

(b) Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)

(c) Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia.

No. de la pregunta		Solicitante		Enfermedad, diagnóstico, problema médico (a)	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y estado actual (b)	
Estado de salud actual				Información del médico	
No. de la pregunta		Solicitante		Enfermedad, diagnóstico, problema médico (a)	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y estado actual (b)	
Estado de salud actual				Información del médico	
No. de la pregunta		Solicitante		Enfermedad, diagnóstico, problema médico (a)	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y estado actual (b)	
Estado de salud actual				Información del médico	

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar. ☐

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.5) Medicamentos

Solicitante			Nombre del medicamento (c)			Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante			Nombre del medicamento (c)			Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante			Nombre del medicamento (c)			Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante			Nombre del medicamento (c)			Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar. ☐

(6.6) Hábitos

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", explique.

Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	

(6.7) Historial familiar

¿Tiene algún solicitante historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", explique.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				Desorden
	Padre	Madre	Hermano	Hijo	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	

7. DESIGNACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En mi condición de asegurado titular designo a la persona cuyos datos se presentan a continuación, para que pueda contactar a la aseguradora en caso de encontrarme impedido por cualquier causa, con el fin de recibir información concerniente a mi persona y/o cualquier asegurado de esta póliza y los procesos relacionados con esta. (No designar a un miembro de la póliza).

Name			
ID Type		Number	

8. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

☐ Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Insurance Company. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupasalud.com.

9. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas.

Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a la aseguradora para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la aseguradora durante los diez (10) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance Company y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para solicitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgo con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo por este medio a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, empleador/asegurado titular de grupo o administrador de plan de beneficios, la Oficina de Información Médica (MIB), y cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa, sus Asociados de Negocios, o sus representantes designados (colectivamente denominados "Entidades de Bupa").

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que las Entidades de Bupa se basarán en dicha información para 1) evaluar el riesgo de esta solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción de todos los solicitantes, 2) administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios, 3) administrar la cobertura, y 4) llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley pertinente.

Entiendo que la capacidad de Bupa para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, el negarme a dar mi autorización (marcar "No" abajo) resultará en la denegación de mi solicitud para recibir cobertura.

☐ Sí ☐ No

Autorización para revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance Company y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para usar y revelar a mi agente/ agencia de seguro y sus afiliados y sucesores las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

☐ Sí ☐ No

Entiendo que:

- Bupa usará cualquier información suministrada en esta solicitud y recibida por medio de esa autorización antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi solicitud
- Bupa cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 tal como ha sido enmendada y suplementada y las regulaciones correspondientes (HIPAA) y que la información será usada y revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por los estatutos y reglas de HIPAA.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.
- Esta autorización es voluntaria y la información revelada conforme a esta autorización podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban, y ya no estará protegida bajo la ley HIPAA.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a Bupa de conformidad y de acuerdo con la sección 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) §164.508. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que Bupa reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal o electrónico a:

  Bupa Privacy Office
  18001 Old Cutler Road, Suite 500
  Palmetto Bay, Florida 33157 USA
  Privacyoffice@bupalatinamerica.com

He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan rielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

10. FIRMAS

Solicitante	Nombre	Firma	Fecha
Asegurado principal			Día/Mes/Año
Cónyuge			Día/Mes/Año

Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y todas las primas cobradas, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. **Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.**

Nombre del agente	Firma del agente (testigo)	Código del agente

11. INFORMACIÓN DE PAGO (el pago debe ser enviado junto con la solicitud)

Nombre del asegurado principal		No. de póliza		
Modalidad de la póliza	☐ Anual	Prima	US$	
	☐ Semestral	Cobertura opcional	US$	
	☐ Trimestral	Tarifa administrativa anual	US$	75.00
		Cantidad total	US$	

Método de pago: Opción 1

☐ Cheque de caja ☐ Cheque personal ☐ Giro bancario ☐ Cheque de viajero

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Worldwide Corporation.

Método de pago: Opción 2

☐ Transferencia bancaria

Información bancaria:	Bupa Worldwide Premium Trust Wells Fargo Bank, Cuenta #2000037371881, ABA #121000248, SWIFT #WFBIUS6S, CHIPS #0407

Método de pago: Opción 3

☐ ACH

Información bancaria:	Bupa Worldwide Premium Trust Wells Fargo Bank, Cuenta #2000037371881, ABA #067006432

Método de pago: Opción 4

☐ Tarjeta de crédito Por favor proporcione la siguiente información:

Yo,			
autorizo a Bupa Worldwide Corporation a cargar mi tarjeta de crédito ☐ MasterCard ☐ VISA ☐ American Express ☐ Diners Club International			
Número de tarjeta de crédito		Fecha de expiración:	Mes/Año
Cantidad a cargar: US$		Documento de identidad: (solo residentes de Venezuela)	
Dirección del tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta):			
Teléfono del tarjetahabiente		Firma del tarjetahabiente	

Débito automático para renovaciones futuras: ☐ Sí ☐ No

Con mi firma en este documento autorizo a Bupa Worldwide Corporation a debitar directamente la tarjeta de crédito indicada arriba para pagar las primas del seguro de mi póliza de seguro de salud Bupa.
Entiendo que si hay cualquier cambio a mi póliza de seguro de salud Bupa, la cantidad de la prima aprobada también puede cambiar. También entiendo que una copia fiel y correcta de este documento será enviada a mi compañía de tarjeta de crédito. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a Bupa Worldwide Corporation debitar mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de salud, a menos que yo indique lo contrario por escrito.
En el caso que un débito directo para pagar mi póliza de seguro de salud Bupa sea por cualquier razón rechazado o denegado, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro de salud, o la póliza podrá ser rescindida, interrumpida o cancelada.
Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del asegurado principal	Firma del tarjetahabiente	Fecha
		Día/Mes/Año

Bupa Insurance Company
18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (868) 224 5748, +1 (305) 398 7400 • Fax +1 (305) 275 8484
www.bupasalud.com • bupa@bupalatinamerica.com