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

Yo,	Nombre del tarjetahabiente		
autorizo a Bupa Worldwide Corporation, la administradora de Bupa Insurance Limited, a cargar mi tarjeta de crédito:			
☐ MasterCard ☐ Visa ☐ American Express ☐ Diners Club International			
Número de tarjeta		Fecha de expiración	Día/Mes/Año
Cantidad a cargar	US$	Documento de Indentidad No. (sólo para residentes de Venezuela)	
Dirección del tarjetahabiente (donde recibe los estados de cuenta de su tarjeta):			
Teléfono del tarjetahabiente		Correo electrónico	
Fecha de renovación	Día/Mes/Año	Número de póliza	
Nombre del asegurado principal			
Firma del tarjetahabiente		Fecha	Día/Mes/Año
Firma del asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año

DÉBITO AUTOMÁTICO PARA RENOVACIONES FUTURAS

Por medio de este documento, autorizo a Bupa Worldwide Corporation (en adelante "Bupa"), la administradora de Bupa Insurance Limited, 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.

Con mi firma a continuación autorizo el débito automático para futuras renovaciones.			
Firma del tarjetahabiente		Fecha	Día/Mes/Año
Firma del asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año

Por favor envíe este formulario para fax al +1 (305) 275 8484 para agilizar el proceso de renovación de su póliza.
Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros al + (305) 3987400

Bupa Insurance Limited
1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, United Kingdom
Administration • 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
Registrada en Inglaterra con el No. 3956433 • Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera y la Autoridad de Regulación Prudencial. La Autoridad de Conducta Financiera no regula las actividades de Bupa Insurance Limited que se llevan a cabo fuera del Reino Unido.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE LA PRIMA CON TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (ACH)

Institución financiera			
Contacto			
Nombre de la cuenta			
Número de cuenta		Identificación bancaria/ ABA	
Número de teléfono		Cantidad a debitar	US$
Nombre del asegurado principal		Número de póliza	
Dirección del asegurado principal			
Ciudad		Estado	
Código postal			
Correo electrónico			
Firma del titular de la cuenta		Fecha	Día/Mes/Año
Firma del asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año

NOTA IMPORTANTE
Por favor adjunte un cheque anulado para procesar su solicitud

Como pago por la cobertura de seguro proporcionada por Bupa Insurance Limited, autorizo a Bupa Worldwide Corporation (en adelante "Bupa"), la administradora de Bupa Insurance Company, a que debite mi cuenta de cheques identificada arriba, en la institución financiera señalada, por la cantidad indicada. Reconozco que el origen de una transferencia electrónica de fondos tipo ACH debe cumplir con las regulaciones de las leyes de los Estados Unidos de América.
Esta autorización puede ser revocada por mí por medio de notificación por escrito a Bupa, la cual será efectiva setenta y dos (72) horas después de haber sido recibida por Bupa. Por este medio reconozco que Bupa no tiene ningún control sobre dicha revocación, y por lo tanto, no tendrá ninguna responsabilidad relacionada con dicha revocación.
El suscrito exime a Bupa y la declara libre de responsabilidad por cualquier reclamo, demanda, causas de acción, responsabilidades, daños, juicios, incluyendo el costo de defensa o apelación de cualquier acción legal contra Bupa, así como los honorarios de abogados que sean incurridos. También acuerdo y reconozco que Bupa no es responsable de indagar acerca de ninguna transferencia de fondos efectuada de acuerdo con esta autorización.

DÉBITO AUTOMÁTICO PARA RENOVACIONES FUTURAS

Por medio de este documento, autorizo a Bupa Worldwide Corporation (en adelante "Bupa"), la administradora de Bupa Insurance Limited, 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.

Con mi firma a continuación autorizo el débito automático para futuras renovaciones.

Firma del titular de la cuenta		Fecha	Día/Mes/Año
Firma del asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año

Por favor envíe este formulario para fax al +1 (305) 275 8484 para agilizar el proceso de renovación de su póliza.
Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros al + (305) 3987400.

Bupa Insurance Limited
1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, United Kingdom
Administration • 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
Registrada en Inglaterra con el No. 3956433 • Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera y la Autoridad de Regulación Prudencial. La Autoridad de Conducta Financiera no regula las actividades de Bupa Insurance Limited que se llevan a cabo fuera del Reino Unido.