

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



| | | | |
|---|-------------------------------|---|--|
| Yo, | | | |
| autorizo a Bupa Worldwide Corporation, la administradora de Bupa Insurance Company, a cargar mi tarjeta de crédito: | | | |
| <input type="checkbox"/> MasterCard | <input type="checkbox"/> Visa | <input type="checkbox"/> American Express | <input type="checkbox"/> Diners Club International |
| Número de tarjeta | | Fecha de expiración | MM / AA |
| Cantidad a cargar | US\$ | Documento de identidad No. (solo para residentes de Venezuela) | |
| Dirección del tarjetahabiente (donde recibe los estados de cuenta de su tarjeta): | | | |
| | | | |
| | | | |
| Teléfono del tarjetahabiente | | Correo electrónico | |
| Fecha de renovación | DD / MM / AA | Número de póliza | |
| Nombre del asegurado principal | | | |
| Firma del tarjetahabiente | | Firma del asegurado principal | |
| Fecha | DD / MM / AA | Fecha | DD / MM / AA |

DÉBITO AUTOMÁTICO PARA RENOVACIONES FUTURAS

Por medio de este documento, autorizo a Bupa Worldwide Corporation (en adelante "Bupa"), la administradora de Bupa Insurance Company, 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 | | Firma del asegurado principal | |
| Fecha | DD / MM / AA | Fecha | DD / MM / AA |

Por favor envíe este formulario por fax al +1 (305) 275 8484 para agilizar el proceso de renovación de su póliza.
Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros al +1 (305) 398 7400.

Bupa Insurance Company

7001 S.W. 97th Avenue, Miami, Florida 33173

Tel. +1 (305) 398 7400 • Fax +1 (305) 275 8484 • www.bupalatinamerica.com • bupa@bupalatinamerica.com

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



| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------|------------------|
| Institución financiera | | | |
| Contacto | | | |
| 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 | Firma del asegurado principal | | |
| Fecha | DD / MM / AA | Fecha | DD / MM / AA |

NOTA IMPORTANTE

Por favor adjunte un cheque anulado para procesar su solicitud.

Como pago por la cobertura de seguro proporcionada por Bupa Insurance Company, autorizo a Bupa Worldwide Corporation (en adelante "Bupa"), la administradora de Bupa Insurance Limited, 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 Company, 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 | Firma del asegurado principal | | |
| Fecha | DD / MM / AA | Fecha | DD / MM / AA |

Por favor envíe este formulario por fax al +1 (305) 275 8484 para agilizar el proceso de renovación de su póliza.
Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros al +1 (305) 398 7400.

Bupa Insurance Company

7001 S.W. 97th Avenue, Miami, Florida 33173

Tel. +1 (305) 398 7400 • Fax +1 (305) 275 8484 • www.bupalatinamerica.com • bupa@bupalatinamerica.com