

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



Yo,			
autorizo a Bupa Panamá, S.A. a cargar mi tarjeta de crédito:			
<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/>
Número de tarjeta		Fecha de expiración	Día/Mes/Año
Cantidad a cargar	US\$	Código de Seguridad	
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 Panamá, S. A. (en adelante "Bupa") 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 por fax al (507) 830 5212 para agilizar el proceso de renovación de su póliza. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros al (507) 321 6200.

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupalud.com • panama@bupalatinamerica.com

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO