

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO ELECTRÓNICO DE RECLAMACIONES



1 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre completo		Número de póliza
Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Fax
/ / Día Mes Año		
Dirección		
Tel. residencia	Tel. celular	Tel. trabajo

2 MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR SU REEMBOLSO (MARQUE CON UN ✓)

- Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria 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	Corriente	Ahorro	Número de cuenta
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nombre del banco beneficiario			No. ABA (transferencia ACH) Sólo para bancos en los EE.UU.
Número, dirección e información adicional de la agencia bancaria			Código SWIFT Sólo para bancos fuera de EE.UU.
Cuenta final (si corresponde)			
Nombre	No. de Cuenta		
BANCO INTERMEDIARIO (COMPLETAR PARA TRANSFERENCIAS A BANCOS BENEFICIARIOS FUERA DE EE.UU.)			
Nombre del banco			ABA / SWIFT / 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.

Policyholder's name (in BLOCK LETTERS)

Firma del asegurado principal	Fecha
	/ / Día Mes Año

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

BTAF 0112 Esp