



# 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

## 1 INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes)	Relación con el asegurado principal	Estado civil <sup>(1)</sup>	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Peso	Estatura
Nombre <span style="float: right;">Inicial</span>	Asegurado principal		/ /	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Apellido				lbs kg	pies m	
Nombre <span style="float: right;">Inicial</span>			/ /	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Apellido				lbs kg	pies m	
Nombre <span style="float: right;">Inicial</span>			/ /	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Apellido				lbs kg	pies m	
Nombre <span style="float: right;">Inicial</span>			/ /	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Apellido				lbs kg	pies m	
Nombre <span style="float: right;">Inicial</span>			/ /	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Apellido				lbs kg	pies m	

Si esta solicitud incluye hijos entre los **19 y 24 años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en una universidad?  Sí  No

Si respondió "Sí", por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia del certificado o affidavit de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo. \_\_\_\_\_

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

<sup>(1)</sup> **S** – soltero **M** – casado(a) **DP** – compañero(a) doméstico(a) **D** – divorciado(a) **W** – viudo(a)

**Nota:** Todo solicitante de **65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

## 2 PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Productos Bupa Care: Diamond Care:  Mundial  Latinoamérica Solamente <sup>(2)</sup> Complete Care:  Mundial  Latinoamérica Solamente <sup>(2)</sup>

Plan de deducible:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
Dentro del país de residencia	0	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	1,000	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000

Renovaciones/adiciones:  P1 Diamond  P1 Gold  P1 Gold LA  P1 Silver  Silver  Premier Care Deducible: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva solicitada para la cobertura: / /  
Día Mes Año

Cobertura adicional: Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada.  
 Complicaciones de maternidad <sup>(3)</sup>  Otra: \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> Excluye México

<sup>(3)</sup> Por favor complete el Cuestionario de Maternidad

## 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 aseguradora para cualquiera de los solicitantes?  Sí  No

Si respondió "Sí", favor explicar: \_\_\_\_\_

#### 4 INFORMACIÓN GENERAL

##### (4.1) Dirección

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

##### (4.2) 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 usted en los EE.UU. por más de 6 meses en el período de un año?  Sí  No

##### (4.3) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia	Código del país	Código de área	Número	Trabajo	Código del país	Código de área	Número
Fax	Código del país	Código de área	Número	Celular	Código del país	Código de área	Número
E-mail							

#### 5 INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

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

#### 6 INFORMACIÓN MÉDICA

##### (6.1) Médico(s) de la familia

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
Nombre del solicitante	Nombre del médico
Especialidad	Teléfono

##### (6.2) Exámenes médicos

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

Solicitante	Tipo de examen	Fecha
		____ / ____ / ____ Día Mes Año
Resultado	Si es anormal, favor explicar.	
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal		

## 6 INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

Solicitante		Tipo de examen	Fecha
			/ / Día Mes Año
Resultado	Si es anormal, favor explicar.		
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal			
Solicitante		Tipo de examen	Fecha
			/ / Día Mes Año
Resultado	Si es anormal, favor explicar.		
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal			
Solicitante		Tipo de examen	Fecha
			/ / Día Mes Año
Resultado	Si es anormal, favor explicar.		
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal			

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

(6.3) Condiciones médicas			Sí	No
¿Ha sufrido alguno de los solicitantes de ...				
a	infecciones?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	convulsiones, migrañas, parálisis u otro desorden neurológico?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	alergias, asma, bronquitis u otro desorden pulmonar?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otra enfermedad del hígado u otro desorden digestivo?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	enfermedades de los riñones o del tracto urinario?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otro desorden muscular, articular o de los huesos?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	cáncer o tumores benignos?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	anemia, leucemia/linfoma u otro desorden de la sangre?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otro desorden endocrino/hormonal?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	desórdenes de la próstata?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales u otro desorden del sistema reproductivo?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	desórdenes de la mamas, los ovarios, el útero u otro desorden ginecológico?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	desórdenes de la piel?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	desórdenes congénitos o hereditarios?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía/hospitalización pendiente <b>no mencionada arriba?</b>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(6.4) Explicación de condiciones médicas				
Letra	Solicitante		Condición	
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado		
/ / Día Mes Año	/ / Día Mes Año			
Estado de salud actual			Información del médico	
Letra	Solicitante		Condición	
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado		
/ / Día Mes Año	/ / Día Mes Año			
Estado de salud actual			Información del médico	
Letra	Solicitante		Condición	
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado		
/ / Día Mes Año	/ / Día Mes Año			
Estado de salud actual			Información del médico	

## 6 INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

Letra	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado
____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	_____
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.

### (6.5) Medicamentos

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?  Sí  No  
Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad	
_____	_____	_____	
Razón	Frecuencia	Desde	Hasta
_____	_____	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año
Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad	
_____	_____	_____	
Razón	Frecuencia	Desde	Hasta
_____	_____	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año
Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad	
_____	_____	_____	
Razón	Frecuencia	Desde	Hasta
_____	_____	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año
Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad	
_____	_____	_____	
Razón	Frecuencia	Desde	Hasta
_____	_____	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ 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 abajo.

Solicitante	Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad/día
_____	_____	_____	_____
Solicitante	Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad/día
_____	_____	_____	_____
Solicitante	Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad/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 abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				Desorden
	Padre	Madre	Hermano	Hijo	
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

## 7 SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Insurance Limited. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en [www.bupalatinamerica.com](http://www.bupalatinamerica.com).

## 8 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

### Declaración

Es posible que las reclamaciones y otros beneficios no sean pagaderos si usted no revela algún dato importante que pueda influir en nuestra evaluación y aceptación de esta solicitud, y si tiene alguna duda acerca de la importancia de algún dato, debe informarlo. Es aconsejable que conserve un registro de toda la información que nos proporcione en relación con esta solicitud, incluyendo cualquier carta.

Si su estado de salud cambia después de haber firmado la solicitud pero antes de que Bupa Insurance Limited (Bupa) haya aprobado el seguro, usted debe notificar de inmediato a Bupa sobre dicho cambio. Es posible que sea necesario que le presente a Bupa los informes médicos relacionados con esta o cualquier otra afección preexistente.

**En vista de la siguiente declaración, resulta esencial que se suministre la información completa.**

Declaro que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada por mí es completa y verdadera, y que aparte de las condiciones totalmente reveladas a Bupa,

tanto yo como los dependientes menores de 18 años de edad a asegurarse bajo mi póliza, gozamos de excelente salud y no sufrimos ni hemos sufrido de ninguna enfermedad recurrente o debilidad física. Si se requiere seguro para tratamiento dental, ni yo ni mis dependientes estamos actualmente bajo tratamiento dental, ni estamos por recibir tratamiento dental.

Declaro, en nombre propio y de mis dependientes, que he leído las condiciones de la póliza, así como esta sección de la Solicitud de Seguro de Salud Individual, y acepto que las condiciones de la póliza, conjuntamente con el certificado de cobertura y la Solicitud de Seguro de Salud Individual, representarán el contrato de seguro con Bupa. Asimismo, declaro que ni yo ni mis dependientes menores de 18 años de edad somos residentes en los Estados Unidos de América.

Confirmando, en nombre propio y de mis dependientes, que he leído el Aviso de protección de datos a continuación, y doy mi consentimiento explícito a Bupa para que use mi información personal y la de mis dependientes en la manera pertinente para los fines especificados.

### Aviso de protección de datos

**Propósito:** Los datos personales recogidos sobre usted y sus dependientes serán utilizados por Bupa Insurance Limited (Bupa) para procesar sus solicitudes de reembolso, cobrar la prima, enviar reembolsos, administrar la póliza, y detectar y prevenir tanto el fraude como las solicitudes de reembolso indebidas. Aunque Bupa no acepte su solicitud, su información podrá quedar registrada.

**Confidencialidad:** Bupa cumple con la legislación sobre protección de datos y las pautas de confidencialidad médica correspondientes. Toda correspondencia referente a su póliza será enviada al titular de la póliza o al intermediario. Todas las personas aseguradas bajo la póliza pueden tener acceso a la correspondencia y a cualquier otro tipo de información enviada por Bupa o a la que se pueda tener acceso en [www.bupalatinamerica.com](http://www.bupalatinamerica.com). Bupa recurre a terceros para procesar los datos en su nombre, y sus datos pueden ser procesados dentro o fuera del Espacio Económico Europeo (EEE). Bupa puede intercambiar su información dentro del grupo Bupa y con su intermediario.

**Información médica:** Bupa puede buscar e intercambiar información sobre su salud y tratamientos y los de sus dependientes con quienes estén relacionados con su atención médica y la de sus dependientes (incluyendo el hospital y el médico que les atiende) y sus agentes, y si corresponde, cualquier persona u organización que pueda ser responsable de cubrir los gastos de su tratamiento y el de sus dependientes, o los agentes de esta persona u organización, según Bupa lo considere necesario.

**Llamadas telefónicas:** A fin de mejorar continuamente nuestro servicio al cliente, su llamada será grabada y es posible que sea monitorizada.

**Investigación:** Los datos que se hayan agregado o que hayan sido introducidos anónimamente pueden ser utilizados por Bupa, o divulgados a otros para fines estadísticos o de investigación.

**Fraude:** La información y las llamadas telefónicas grabadas pueden ser divulgadas a otros para prevenir o detectar solicitudes de reembolso fraudulentas o reclamaciones indebidas.

**Nombres y direcciones:** Bupa no pone los nombres y direcciones de nuestros clientes a disponibilidad de otras organizaciones (salvo según se indica anteriormente).

**Le mantenemos informado(a):** Ocasionalmente, Bupa le informará acerca de los productos y servicios que considere pudieran interesarle. La legislación sobre protección de datos le da derecho a ver los documentos y la información que Bupa ha registrado acerca de usted.

**Dirección de contacto:** Si no desea recibir información sobre nuestros productos y servicios, o si desea ver una copia de la información que tenemos sobre usted, escriba al Director de Gobernabilidad de Información del grupo Bupa a Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA, England, o por correo electrónico a [DataProtection@bupa.com](mailto:DataProtection@bupa.com).

### Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance Limited y sus subsidiarias y filiales en Miami ("Bupa") para solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados 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 a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, la Oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa o sus representantes designados.

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente

deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que Bupa se basará 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 Limited y sus subsidiarias y filiales en Miami ("Bupa") para 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 (HIPAA) y que la información será revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por 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. 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  
7001 S.W. 97th Avenue  
Miami, Florida 33173 USA  
[Privacyoffice@bupalatinamerica.com](mailto:Privacyoffice@bupalatinamerica.com)

He (hemos) revisado y entiendo (entendemos) el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi (nuestra) firma y respuestas afirmativas confirmo (confirmamos) que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis (nuestros) deseos. La(s) firma(s) abajo constituye(n) la aceptación de todas las declaraciones listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días a partir de la fecha en que ha sido firmada. **Todo dependiente mayor de 18 años debe firmar.**

## 9 FIRMAS

Solicitante	Nombre	Firma	Fecha
Asegurado Principal			____/____/____ Día Mes Año
Cónyuge			____/____/____ Día Mes Año
Dependiente			____/____/____ Día Mes Año
Dependiente			____/____/____ Día Mes Año

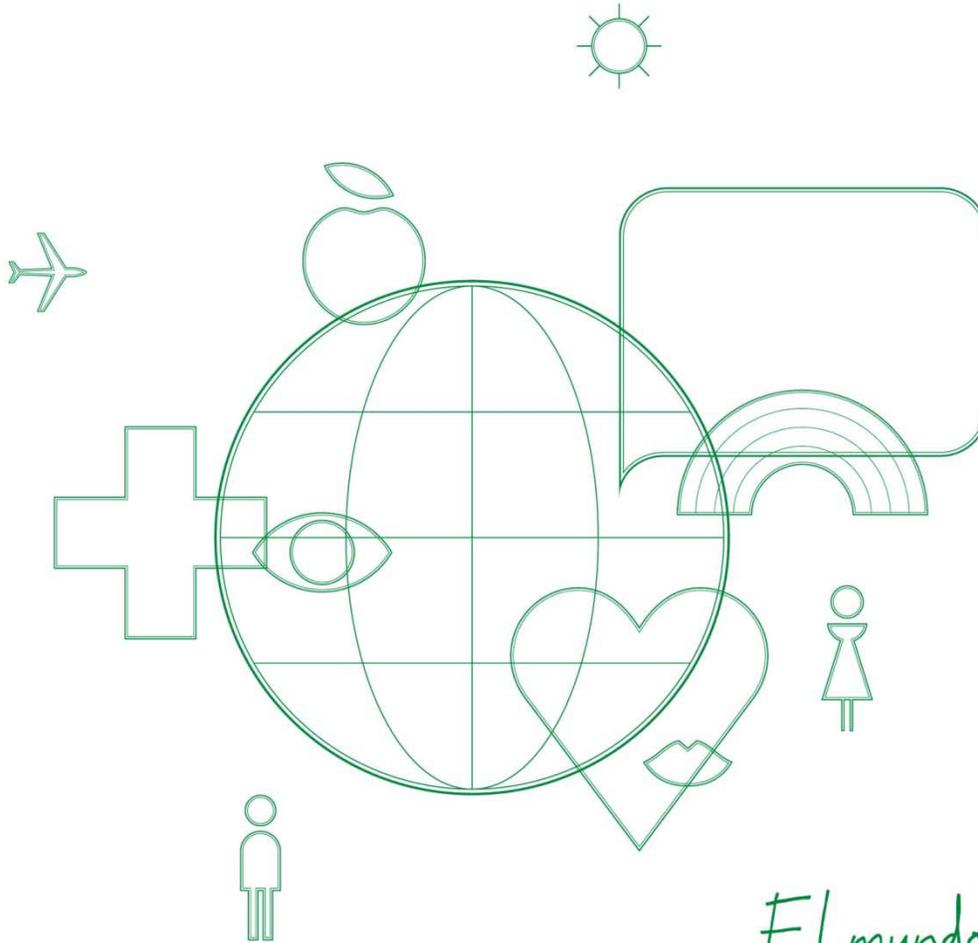
Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y todas las primas cobradas, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. **Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos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

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

Bupa Insurance Limited  
Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way  
London WC1A 2BA, UK

Registrada en Inglaterra con el No. 3956433.  
Bupa Insurance Limited está autorizada  
y regulada por la Autoridad de Servicios  
Financieros del Reino Unido.

Administración:  
7001 S.W. 97th Avenue  
Miami, Florida 33173  
Tel. +1 (305) 398 7400  
Fax +1 (305) 275 8484  
[www.bupalatinamerica.com](http://www.bupalatinamerica.com)  
[bupa@bupalatinamerica.com](mailto:bupa@bupalatinamerica.com)



## El mundo de Bupa

Bupa Diamond Care  
Bupa Complete Care  
Bupa Advantage Care  
Bupa Secure Care  
Bupa Essential Care  
Bupa Critical Care  
Bupa Corporate Care  
Premier 1 Diamond  
Premier 1 Gold  
Premier 1 Silver  
Silver  
Premier Care

**10 INFORMACIÓN DE PAGO (el pago debe ser enviado junto con la solicitud)**

Nombre del asegurado principal	No. de póliza
_____	_____

Modalidad de la póliza: <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral	Prima: US\$ _____ Cobertura opcional: US\$ _____ 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 #30407

**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 proporcionar la siguiente información:

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Bupa Worldwide Corporation a cargar mi tarjeta de crédito:

No. de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_  
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 y/o cuenta bancaria 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 institución bancaria o 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
_____	_____	_____/_____/_____ <small>Día    Mes    Año</small>