

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

Para uso de la compañía
Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

POR FAVOR PROPORCIONE COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CADA SOLICITANTE

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes) (Nombre, inicial y apellido)	Relación con el asegurado principal	Estado civil ⁽¹⁾	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Primer nombre Inicial	Asegurado principal		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				F <input type="checkbox"/>		
Ciudadanía	País de nacimiento		Tipo de identificación		Número y extensión	
Primer nombre Inicial			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación	Número					
Primer nombre Inicial			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación	Número					
Primer nombre Inicial			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación	Número					

Si esta solicitud incluye hijos entre **19 y 24 años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en una universidad? Sí No
Si respondió "Sí", proporcione copia del certificado o affidavit de la universidad como prueba que son estudiantes de tiempo completo.

Si se solicita cobertura para un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de fertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No.

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

⁽¹⁾ S - soltero C - casado(a) DP - compañero(a) doméstico(a) D - divorciado(a) V - viudo(a) Nota: Todo solicitante de **65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto:		Fecha efectiva solicitada para cobertura	Día/Mes/Año
Deducible:		Cobertura adicional: Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ningún será aplicada.	
Fecha efectiva solicitada para la cobertura		<input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante ⁽³⁾
Renovaciones/adiciones:	<input type="checkbox"/> Worldwide <input type="checkbox"/> Select <input type="checkbox"/> Prestige <input type="checkbox"/> Choice	Deducible :	

⁽²⁾ Por favor complete el Cuestionario de Maternidad

⁽³⁾ Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

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 residencial

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

(4.2) ¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? Sí No Si responde "No", indique el nombre y la dirección.

Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

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

(4.4) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		Correo electrónico			

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

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

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) tratante(s)

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. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(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.

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

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

(6.3) Cuestionario médico

Esta sección debe ser completada con la información médica de **todos los integrantes de la póliza**, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de Bupa y desea cambiar su plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su plan.

1	Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como: cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
2	Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho, arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosa, entre otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
3	Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 o tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
4	Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosos o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barrett, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, cálculos biliares o hernias, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquinces, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartilago o ligamentos, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
8	Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia, o cualquier trastorno autoinmune, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
9	Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
10	Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
11	Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/crisis convulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes zóster) o meningitis, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
12	Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

16	¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre del(los) solicitante(s)				
17	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre del(los) solicitante(s)				
18 PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES					
a	¿Está embarazada?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? <input type="checkbox"/> Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha:	Día/Mes/Año		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha:	Día/Mes/Año	¿De qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha:	Día/Mes/Año	Causa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha:	Día/Mes/Año	Causa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha:	Día/Mes/Año	Causa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
h	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, etc.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la(las) solicitante(s)				
19 PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES					
a	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre del(los) solicitante(s)				
(6.4) Explicación de condiciones médicas					
Letra		Solicitante		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
Estado de salud actual			Información del médico		
Letra		Solicitante		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
Estado de salud actual			Información del médico		
Letra		Solicitante		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
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. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(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	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	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.

Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por 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.

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

7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Insurance Company. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupasalud.com.

8. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas.

Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a la aseguradora para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la aseguradora durante los diez (10) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance Company y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para solicitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento 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 por este medio a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, empleador/asegurado titular de grupo o administrador de plan de beneficios, la Oficina de Información Médica (MIB), y cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa, sus Asociados de Negocios, o sus representantes designados (colectivamente denominados "Entidades de Bupa").

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que las Entidades de Bupa se basarán 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 Company y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para usar y 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 de 1996 tal como ha sido enmendada y suplementada y las regulaciones correspondientes (HIPAA) y que la información será usada y revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por los estatutos y reglas de 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 de conformidad y de acuerdo con la sección 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) §164.508. 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
17901 Old Cutler Road, Suite 400
Palmetto Bay, Florida 33157 USA
Privacyoffice@bupalatinamerica.com

He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

9. FIRMAS

Solicitante	Nombre	Firma	Fecha
Asegurado principal			Día/Mes/Año
Cónyuge			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

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

Nombre del asegurado principal	No. de póliza		
Modalidad de la póliza	Prima	US\$	
<input type="checkbox"/> Anual	Cobertura opcional	US\$	
<input type="checkbox"/> Semestral	Tarifa administrativa anual	US\$	75.00
<input type="checkbox"/> Trimestral	Cantidad total	US\$	

10. INFORMACIÓN DE PAGO (CONTINUACIÓN)

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 #0407

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 proporcione la siguiente información:

Yo,

autorizo a Bupa Worldwide Corporation a cargar mi tarjeta de crédito



Número de tarjeta de crédito

Fecha de expiración:

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 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 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

Día/Mes/Año

Bupa Insurance Company

17901 Old Cutler Road, Suite 400 • Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 398 7400 • Fax +1 (305) 275 8484 • www.bupasalud.com/MiBupa

