

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO ELECTRÓNICO DE RECLAMACIONES



1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

| | | | |
|--------------------|----------|---------------------|--------------|
| Nombre completo | Apellido | Nombre | Inicial |
| Número de póliza | | Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |
| Dirección | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Tel. trabajo | | Tel. residencia | |
| Tel. celular | | Fax | |

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 | | | |
| Número de cuenta | | <input type="checkbox"/> Corriente | <input type="checkbox"/> Ahorro |
| Nombre del banco beneficiario | | | |
| No. ABA (transferencia ACH) | Sólo para bancos en los EE.UU. | Código SWIFT | Sólo para bancos fuera de EE.UU. |
| Agencia bancaria | | | |
| Dirección e información adicional de la agencia bancaria | | | |
| CUENTA FINAL (SI CORRESPONDE) | | | |
| Nombre | | | |
| Número de cuenta | | | |
| BANCO INTERMEDIARIO (COMPLETAR PARA TRANSFERENCIAS A BANCOS BENEFICIARIOS FUERA DE EE.UU.) | | | |
| Nombre del banco | | Número de ABA | |
| Código 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.

| | | | |
|--|----------|---------|--------|
| Nombre del asegurado principal (en LETRA DE MOLDE) | Apellido | Inicial | Nombre |
| Firma del asegurado principal | | Fecha | |

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

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.bupasalud.com/MiBupa