

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 • panama@bupalatinamerica.com