

10. INFORMACIÓN DE PAGO (CONTINUACIÓN)

¿El pagador de la prima es distinto al asegurado principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, especifique	
Nombre comercial de la entidad (Especifique los datos del representante legal)			
Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres	
Primer apellido	Segundo apellido	Nacionalidad	
DPI o No. de Pasaporte		NIT	
Actividad económica o profesión u oficio		Fecha de nacimiento o constitución de la entidad	Número de teléfono
Dirección del solicitante			
Zona	Municipio	Departamento	
Firma		Fecha	

Datos de facturación	
Nombre	NIT
Dirección	

Método de pago
<input type="checkbox"/> Cheque de caja <input type="checkbox"/> Cheque personal <input type="checkbox"/> Giro bancario
NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> Débito electrónico de fondos (ACH)			
<table border="0"> <tr> <td>Información bancaria:</td> <td>Citibank, N.A. 111 Wall Street New York, NY 10043 Número de cuenta: 36073519 ABA # 021000089 SWIFT # CITIUS33</td> <td>CHIPS # 008 Telex & Routing Code: NYCRB Banco Beneficiario: CITIBANK, N.A. - Sucursal Guatemala Para crédito final a: Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. Número de cuenta: 0-700501019</td> </tr> </table>	Información bancaria:	Citibank, N.A. 111 Wall Street New York, NY 10043 Número de cuenta: 36073519 ABA # 021000089 SWIFT # CITIUS33	CHIPS # 008 Telex & Routing Code: NYCRB Banco Beneficiario: CITIBANK, N.A. - Sucursal Guatemala Para crédito final a: Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. Número de cuenta: 0-700501019
Información bancaria:	Citibank, N.A. 111 Wall Street New York, NY 10043 Número de cuenta: 36073519 ABA # 021000089 SWIFT # CITIUS33	CHIPS # 008 Telex & Routing Code: NYCRB Banco Beneficiario: CITIBANK, N.A. - Sucursal Guatemala Para crédito final a: Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. Número de cuenta: 0-700501019	

<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	Por favor proporcione la siguiente información:
Yo,	autorizo a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.
a debitar mi tarjeta de crédito y/o débito:	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
Número de tarjeta de crédito	Fecha de expiración Mes/Año
Cantidad a debitar: US\$	Cuotas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad de cuotas
Dirección del Tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta):	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12
Teléfono del Tarjetahabiente	Firma del Tarjetahabiente

Débito automático para renovaciones futuras: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Con mi firma en este documento autorizo a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. a debitar directamente la tarjeta de crédito y/o débito y/o cuenta bancaria indicada arriba para pagar las primas del seguro de mi póliza de seguro de salud Bupa.</p> <p>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 la Aseguradora debitar de mi tarjeta de crédito y/o débito y/o de mi cuenta bancaria directamente y pagar la prima del seguro de salud, a menos que yo indique lo contrario por escrito.</p> <p>En el caso que un débito directo para pagar mi póliza de seguro de salud 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 o cancelada.</p> <p>Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.</p>

Firma del Asegurado Principal	Lugar	Fecha
		Día/Mes/Año
Firma del Tarjetahabiente y/o Cuentahabiente	Lugar	Fecha
		Día/Mes/Año

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 368-2018 del 16 de febrero de 2018, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo. Este formulario cumple con todos los requisitos establecidos en el IVE-ASR-32.