

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

CHEQUE DE CAJA CHEQUE PERSONAL

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

TRANSFERENCIA BANCARIA

111 Wall Street, New York, NY 10043
 Número de cuenta: 36073519
 ABA # 021000089
 SWIFT # CITIUS33
 CHIPS # 008
 Telex & Routing Code: NYCRB
 IBAN # GT22CITI02010000000700501019

Banco Beneficiario:

CITIBANK, N.A.
 Sucursal Guatemala
 Para crédito final a:
 Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.
 Número de cuenta: 0-700501019

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

TARJETA DE CRÉDITO Yo, el tarjetahabiente, por medio de la presente autorizo a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito que respaldan mi tarjeta afiliada MasterCard, Visa, American Express o Diners Club efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en dólares americanos, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en mi cuenta para que se cubran las obligaciones de pago a mi cargo, dándome por enterado que dichos pagos se realizarán con base en el inicio de vigencia de la póliza, forma de pago seleccionado y en la periodicidad elegida. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en mi estado de cuenta bancario, es mi obligación notificar a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

Declaro que estoy enterado y de acuerdo con que Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. dejará de prestarme el servicio contratado además de las señaladas en el contrato de seguro y una vez transcurrido el periodo de gracia, también por:

1. Cancelación o cambios en el instrumento bancario no notificado a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.
2. Por rechazo bancario.
3. Cancelación de la póliza por falta de pago

TARJETA:



Número de tarjeta de credito

Fecha de expiración

MM/AAAA

Cantidad a debitar (US\$)

Cuotas: Sí No Cantidad de cuotas: 3 6 10 12 Banco emisor

Código de seguridad

Teléfono

Correo electrónico

Dirección del tarjetahabiente

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. 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. Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del tarjetahabiente

Fecha

DD/MM/AAAA

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre

NIT

Dirección

Parentesco del pagador con el Asegurado Titular: Mismo Cónyuge Padre/Madre
 Hijo(a) Hermano(a) Nieto(a) Abuelo(a) Representante legal

 Otro

Este formulario cumple con todos los requisitos establecidos en el IVE-ASR-32.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 354-2018 del 14 de febrero de dos mil dieciocho, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.