

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 UNA OPCIÓN)

- 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 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		No. ABA	
SWIFT code		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 (en LETRA DE MOLDE)	Apellido	Nombre	Inicial
Firma del asegurado principal		Fecha	DD/MM/AA

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