

MODALIDAD DE LA PÓLIZA



ANUAL



SEMESTRAL



TRIMESTRAL *



MENSUAL*

* Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1



CHEQUE DE CAJA



CHEQUE PERSONAL



GIRO BANCARIO



CHEQUE DE VIAJERO

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

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2



TRANSFERENCIA BANCARIA

INFORMACIÓN
BANCARIA

Citibank, N.A.
 111 Wall Street, New York, NY 10043
 ABA: 021000089
 SWIFT: CITIUS33
 Banco Intermediario: Citibank, N.A. - Sucursal Panamá
 Cuenta No.: 10991266
 Para crédito final a: Bupa Panamá, S.A.
 Cuenta corriente No.: 0150729025

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3



Yo:

por medio de la presente autorizo a Bupa Panamá 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 Visa y/o Master Card, American Express, 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 Panamá S. A.

Declaro que estoy enterado y de acuerdo con que Bupa Panamá 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 Panamá, S. A.
2. Por rechazo bancario.
3. Cancelación de la póliza por falta de pago.

TARJETA:



Número de Tarjeta de Crédito

Fecha de expiración

DD/MM/AAAA

Código de seguridad

Correo electrónico

Dirección del tarjetahabiente

Si las condiciones de la póliza prevén futuras modificaciones (renovaciones, altas, etc.) en el importe, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen con la nueva cantidad previo conocimiento acerca del incremento a las tarifas que realice Bupa Panamá S. A. Para evitar la cancelación de la póliza en referencia, todos los cargos podrán ser realizados hasta con dos días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Entiendo que el contratante de la póliza es la única persona que se reserva el derecho de optar por otro instrumento de pago o cancelar la autorización de los cargos automáticos cuando así lo desee, previa notificación por escrito a Bupa Panamá S. A., con 15 días de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Reconozco que si el cargo directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de gastos médicos mayores dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de emisión, o mi póliza será cancelada en términos de lo dispuesto por el artículo 1000 del Código de Comercio.

Firma del tarjetahabiente

Fecha

DD/MM/AAAA