

Formulario de Autorización para el Pago de la Prima con Tarjeta de Crédito



Yo, _____	
Autorizo a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., a cargar mi tarjeta de crédito:	Promoción exclusiva BBVA Bancomer y Banamex:
<input type="radio"/> MasterCard <input type="radio"/> Visa <input type="radio"/> American Express	<input type="radio"/> 6 meses sin intereses
Número de tarjeta: _____	CVC: _____
	Fecha de expiración: _____ / _____ / _____ <small>Mes Año</small>
Cantidad a cargar: USD _____	s _____ MPX
	Documento de Identidad No.: _____
Dirección del tarjetahabiente (donde recibe los estados de cuenta de su tarjeta)	

Teléfono del tarjetahabiente: _____	
Correo electrónico: _____	
Número de Póliza: _____	Fecha de Renovación: _____ / _____ / _____ <small>Mes Día Año</small>
Nombre del Asegurado: _____	
_____	_____
<small>Firma del Tarjetahabiente</small>	<small>Firma del Asegurado Principal</small>
<small>Mes Día Año</small>	<small>Mes Día Año</small>
DEBITO AUTOMÁTICO PARA FUTURAS RENOVACIONES	
<p>Por medio de este documento, autorizo a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en adelante "Bupa"), a debitar directamente la tarjeta de crédito identificada arriba por el monto indicado para el pago de la prima de mi póliza de salud, tal como se indica en este Formulario de Autorización.</p> <p>Entiendo que si hubiera algún cambio en las tarifas y/o cobertura de mi póliza, la cantidad de la prima podría ser diferente del monto establecido en mi aviso de pago. Además, entiendo que una copia correcta y fiel de esta Autorización será enviada a mi compañía de tarjeta de crédito, y que con mi firma en este documento, yo les solicito permitan a Bupa debitar directamente de mi cuenta de tarjeta de crédito el monto correspondiente al pago de las primas de mi póliza de salud hasta el momento en que yo indique lo contrario por escrito.</p> <p>Reconozco que si el débito directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado o rechazado por cualquier razón, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de salud, o mi póliza podría ser interrumpida, terminada o cancelada.</p> <p>En cumplimiento con el Art. 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, solicitamos anexar por ambos lados fotocopia de la identificación oficial del titular de la tarjeta de crédito y del plástico.</p> <p>La cancelación de los cargos por cobranza ya autorizados deberá presentarse por escrito con 15 días naturales de anticipación, sin excepción, de conformidad con las condiciones generales de la póliza.</p> <p>Al firmar, usted autoriza el débito automático para futuras renovaciones.</p>	
_____	_____
<small>Firma del Tarjetahabiente</small>	<small>Firma del Asegurado Principal</small>
<small>Mes Día Año</small>	<small>Mes Día Año</small>
<p>Por favor envíe este formulario por fax al 52.02.20.97 para agilizar el proceso de renovación de su póliza. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros al 52.02.17.01.</p>	