

DECLARACIÓN DEL AGENTE PARA AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA DE DATOS Y PAGO DE PRIMA DEL ASEGURADO



(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN PARA EL CARGO

Nombre del tarjetahabiente	Apellidos		Nombre(s)		
Banco emisor					
Número de tarjeta		Código de seguridad		Fecha de expiración	DD / MM / AA
Importe	US\$	Importe	MXP		
Dirección del tarjetahabiente (donde recibe los estados de cuenta de su tarjeta) Esta es la única forma de recibir dicha información y confirmación.					
Teléfono		Correo electrónico			
Número de póliza		Fecha de renovación	DD / MM / AA		
Nombre del asegurado					

El suscrito, por medio de la presente, declara bajo protesta de decir verdad que ha sido autorizado por el tarjetahabiente mencionado en el presente documento para (i) transferir a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. ("Bupa México") los datos personales y financieros arriba mencionados y (ii) para solicitar a Bupa México que debite, directamente la tarjeta de crédito identificada arriba por el monto indicado para el pago de la prima de la póliza mencionada así como cualquier recargo o diferencia que pudiera existir hasta cubrir la totalidad de la prima adeudada a Bupa México por virtud de la póliza arriba mencionada. En caso de controversia con el tarjetahabiente arriba indicado o con el Banco emisor de la tarjeta respectiva por la realización indebida del cargo aquí solicitado, el suscrito se obliga a defender y sacar en paz y a salvo a Bupa México por cualquier acción, demanda, queja, reclamación o procedimiento así como a indemnizar a Bupa México y a reembolsarle los costos en que incurra con motivo de lo anterior.

Nombre del agente solicitante		Clave del agente	
Firma del agente solicitante		Fecha	DD / MM / AA
Comentarios adicionales			

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701 • servicioalcliente@bupalatinamerica.com • www.bupa.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO