

SOLICITUD DE CAMBIOS EN LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. ASEGURADO TITULAR Y/O CONTRATANTE ACTUAL

Nombre				No. de póliza	
Teléfono		Email			

2. CAMBIO DIRECCIÓN

☐ Dirección Residencial ☐ Dirección de la Compañía

Nueva Dirección	Provincia		Distrito		Corregimiento	
Calle / Avenida				Sector / Edificio		Casa/ Apto

3. CAMBIO DE FORMA DE PAGO *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

Las formas de pago mensual y trimestral están sujetas a cobro automático con tarjeta de crédito.

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral** ☐ Mesual** **Anexar formulario de Cargo Automático a tarjeta (CAT).

4. CAMBIO DE PLAN *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

Plan actual		Deducible		Plan solicitado		Deducible	
-------------	--	-----------	--	-----------------	--	-----------	--

Requisitos: En caso que el cambio solicitado pase por evaluación de riesgos según las Tablas de Cambios, es necesario adjuntar la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual debidamente completada, junto con los documentos requeridos por Bupa (Excepto cambios entre productos Global Health Plans).

5. ADICIÓN DE DEPENDIENTES (Para maternidad cubierta)

Por favor adjunte certificado y/o acta de nacimiento. Especificar si el embarazo fue mediante reproducción asistida. La reproducción asistida es el conjunto de técnicas y tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando éste no se consigue de forma natural debido a problemas de fertilidad, incluyendo pero no limitando inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.

Nombre	Apellido	Talla	Peso	Fecha de Nacimiento

Para el resto de adiciones (cónyuge o dependientes) es necesario adjuntar la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual debidamente completada, junto con los documentos requeridos por Bupa

6. BAJAS (Por favor completar información bancaria para devolución de prima no devengada)

(Titular, Cónyuge o Dependientes)	☐ Fallecimiento (Anexar acta de defunción)	☐ Otras razones			
Nombre	Apellido	Parentesco	Fecha de Efectividad Baja		

7. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

(Por favor completar información bancaria en caso de devolución de prima No devengada)

Fecha de cancelación solicitada		Motivo de Cancelación	
---------------------------------	--	-----------------------	--

8. EL REEMBOLSO DE LAS PRIMAS SE REALIZARÁ DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA.

En caso de realizarse devolución de prima no devengada, favor suministrarnos la siguiente información

Nombre Titular de Cuenta Bancaria		Tipo de Cuenta Bancaria	☐ Corriente ☐ Ahorro
Entidad Bancaria		Número de Cuenta Bancaria	

9. CORRECCIONES A LA PÓLIZA

Por favor indique si alguno de los datos solicitados está incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.

Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto por el artículo N° 1000 del Código de Comercio.

10. CAMBIO DE AGENTE *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

Agente Actual		Código Bupa	
Agente Solicitado		Código Bupa	

11. CAMBIO DE CONTRATANTE DE PÓLIZA *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

(Deberá completar formulario de conocimiento de Cliente y hacer entrega de los requisitos de acuerdo al perfil del contratante, sea persona natural o Jurídica)

Contratante Anterior			
Cedula / Pasaporte / Ruc		Firma	
Nuevo Contratante			
Cedula / Pasaporte / Ruc		Firma	
Indique si es contribuyente Fiscal	☐ SI ☐ No	Indique Número de RUC o NIT	

Nueva Dirección	Provincia		Distrito		Corregimiento	
Calle / Avenida				Sector / Edificio		Casa/ Apto

12. AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA PANAMÁ, S.A. tratará sus datos para fines de evaluación de pólizas, estadísticas y otros indicados en el Aviso de Privacidad. Estos podrán ser transferidos conforme el Aviso, donde también constan los medios para ejercer sus derechos ARCO. Al firmar, acepta dicho tratamiento. Este documento se encuentra publicado en www.bupasalud.com.pa.

13. FIRMA

Bupa Panamá S.A. se reserva el derecho de aceptar los cambios planteados en la presente solicitud.

Firma Asegurado Titular y/o Contratante		Fecha	
---	--	-------	--

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Avenida La Rotonda, Costa del Este, Panamá, República de Panamá. Tel. (507)321-6200.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros de Panamá