

CERTIFICADO DE BUENA SALUD PARA REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Para ser completado por el asegurado principal
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

| | | | |
|------------------|----------|--------|---------|
| Nombre | Apellido | Nombre | Inicial |
| Número de póliza | | | |

Entiendo que este Certificado de Buena Salud para Rehabilitación de la Póliza y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud original y/o solicitado por Bupa servirán de base para cualquier cobertura otorgada, y que ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este Certificado haya sido aprobado por Bupa.

Con mi firma abajo certifico que, a mi mejor conocimiento, NINGUNO DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS PARA COBERTURA bajo esta póliza ha recibido un diagnóstico médico, ni ha recibido ningún tratamiento médico, ni se le ha recomendado ningún tratamiento médico, ni ha presentado síntomas de ningún orden físico o mental, (excepto lo que haya sido declarado en la solicitud original) desde la fecha de la última renovación de mi póliza el día

En caso de no ser cierta la declaración anterior, indique el nombre completo del asegurado que ha tenido un cambio en su condición, el diagnóstico médico, el tratamiento médico o quirúrgico recibido o recomendado y/o el resultado del mismo, así como también el nombre completo, dirección y teléfono de todos los médicos y hospitales donde dicho asegurado haya sido atendido. (POR FAVOR AÑADA PÁGINAS ADICIONALES SI NECESITA MÁS ESPACIO)

| | | | |
|----------------------|----------|--------|---------|
| Nombre del asegurado | Apellido | Nombre | Inicial |
| Condición | | | |
| Diagnóstico | | | |

Tratamiento clínico o quirúrgico Recibido Recomendado

| | |
|------------|--|
| Resultados | |
|------------|--|

| | |
|-------------------|--|
| Nombre del médico | |
|-------------------|--|

| | |
|-----------|--|
| Dirección | |
|-----------|--|

| | |
|----------|--|
| Teléfono | |
|----------|--|

| | |
|---------------------|--|
| Nombre del hospital | |
|---------------------|--|

| | |
|-----------|--|
| Dirección | |
|-----------|--|

| | |
|----------|--|
| Teléfono | |
|----------|--|

¿Se encuentra actualmente embarazada alguna de las personas propuestas para cobertura bajo esta póliza? Si respondió "Sí", por favor indique abajo Sí No

| | | | |
|------------------------|--|---------------------|--------------|
| Nombre de la asegurada | | Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |
|------------------------|--|---------------------|--------------|

2. FIRMA

| | | | |
|-------------------------------|--|-------|--------------|
| Firma del asegurado principal | | Fecha | DD / MM / AA |
|-------------------------------|--|-------|--------------|

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com