

# DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

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



## 1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Número de póliza	
Yo declaro que soy residente de (país)		Desde	DD / MM / AA
Dirección permanente			

Por favor completar si algún asegurado bajo esta póliza reside en otro país fuera de Latinoamérica o el Caribe. (AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

Nombre del asegurado	Apellido	Nombre	Inicial
País		Tipo de visa	
<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporal: ¿Por cuánto tiempo?		Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente?
Motivo de su residencia en el extranjero			

Nombre del asegurado	Apellido	Nombre	Inicial
País		Tipo de visa	
<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporal: ¿Por cuánto tiempo?		Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente?
Motivo de su residencia en el extranjero			

## 2. AUTORIZACIÓN

Entiendo que Bupa tiene el derecho de verificar la información arriba declarada en cualquier momento, así como de solicitar copias de documentos oficiales como pasaportes y visas.

Firma del Asegurado Principal		Fecha	DD / MM / AA
-------------------------------	--	-------	--------------

**Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros**

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador  
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupasalud.com/MiBupa