

# FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

PERSONA JURÍDICA - GRUPOS



(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)

La aseguradora se reserva el derecho de contactar al contratante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle, o si se requiere información adicional.

Por favor complete la siguiente información y/o confirme su exactitud.

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE   |  |                  |            |
|---|--|------------------|------------|
| Nombre del grupo  |  | Número del grupo |            |
| Razón social  |  | No. de RUC       |            |
| Representante legal   |  | No. de cédula    |            |
| Correo electrónico de contacto  |  |                  |            |
| Según su contrato de póliza, ¿continúan los mismos asegurados declarados al momento de la suscripción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  |                  |            |
| Si su respuesta es negativa, por favor especifique  |  |                  |            |
|   |  |                  |            |
| ¿La empresa ha cambiado de dirección física en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  |                  |            |
| Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada   |  |                  |            |
|   |  |                  |            |
| ¿La empresa ha cambiado su número de teléfono en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  |                  |            |
| Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada   |  |                  |            |
|   |  |                  |            |
| ¿Mantiene la empresa las mismas actividades comerciales declaradas al inicio de la relación?<br>¿El nivel de ingresos anuales promedio ha tenido variaciones en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |                  |            |
| Si su respuesta es afirmativa, por favor indique las actividades comerciales, adicionales y el promedio de ingresos anuales actualizado   |  |                  |            |
| Actividad comercial   |  |                  |            |
| Ingresos anuales  |  |                  |            |
| ¿Actualmente mantiene la empresa algún dueño, accionista, ejecutivo o colaborador que sea una Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |                  |            |
| Si su respuesta es afirmativa, por favor el nombre y generales de la Persona Expuesta Políticamente   |  |                  |            |
|   |  |                  |            |
| Firma del representante legal   |  | Fecha            | DD/MM/AAAA |

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

**Bupa Panamá, S.A.**

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá

Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)