

# FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

## ASEGURADO TITULAR



(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)

La aseguradora se reserva el derecho de contactar al asegurado titular 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 ASEGURADO TITULAR			
Nombre completo			
Apellidos			
Correo electrónico		Número de póliza	
Según su contrato de póliza, ¿continúan los mismos dependientes asegurados bajo esta póliza?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es negativa, por favor especifique			
¿Ha cambiado de dirección de residencia en los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nueva dirección			
¿Ha cambiado de teléfono de residencia/celular en los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada			
¿Su actividad económica y/o nivel de ingresos han tenido algún cambio en los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada			
Actividad económica o giro del negocio			
Ingresos anuales			
¿Ha cambiado de trabajo o profesión en los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, por favor indique su nueva posición, nombre de la empresa, dirección y teléfono			
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP), familiar cercano o estrecho colaborador de una PEP?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información sobre nombre del cargo, fecha de nombramiento o relación con la PEP.			
Firma del asegurado titular		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.bupasalud.com/MiBupa](http://www.bupasalud.com/MiBupa)