

BOLETA DE RENOVACIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)



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

Por favor completar la siguiente información y/o confirmar su exactitud.

Para uso exclusivo de la aseguradora

Número de cliente

Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Apellido de casada		Otros nombres	

Según la Carátula de su Póliza, ¿continúan los mismos dependientes asegurados bajo esta Póliza?

Sí No

Si su respuesta es negativa, por favor especifique:

¿Ha cambiado de dirección de residencia en los últimos 12 meses?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nueva dirección, así como copia de la factura de pago del servicio de agua, luz o teléfono.

¿Ha cambiado de teléfono de residencia/móvil, en los últimos 12 meses?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nuevo número de teléfono:

¿Su actividad económica/profesión u oficio ha tenido algún cambio en los últimos 12 meses?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información:

¿Usted ha adquirido durante los últimos 12 meses la condición de una Persona Expuesta Políticamente (PEP) o tiene parentesco o es asociado cercano de una PEP?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información de contacto (nombre y apellido del PEP, nombre de la institución gubernamental, fuente de recursos para PEP, y teléfono):

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA

Producto	Cobertura	Deducible
----------	-----------	-----------

Cobertura adicional: Si no selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada

Complicaciones perinatales y del embarazo Eliminación del deducible Procedimientos de trasplante

Si solicita una cobertura adicional, complete el cuestionario correspondiente.

3. AUTORIZACIÓN

Firma	
Lugar	Fecha

Agradecemos especifique forma de pago en el formulario Información de Pago (Cuando corresponda).

NOTA: Si su DPI o Representación Legal se encuentra vencido, proporcionar copia del documento vigente.

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5^a Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala
PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com • ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com