

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN 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 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:

¿Ha cambiado de teléfono de residencia/móvil, o email en los últimos 12 meses? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nuevo número de teléfono o su nueva dirección de correo electrónico:

¿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:

2. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

PEP: Quienes desempeñan o hayan desempeñado un cargo público relevante en República Dominicana, los dirigentes de partidos políticos, los jefes y ministros de Estado de gobiernos extranjeros, que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica. Se consideran también Personas Políticamente expuesta a los padres, hermanos, cónyuge e hijos de las mismas.

¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No

¿Tiene parentesco con un PEP? Sí No

¿Es asociado cercano de un PEP? Sí No

Si solicita una cobertura adicional, complete el cuestionario correspondiente.

3. FIRMAS

| | | | |
|-------|--|-------|-------------|
| Firma | | | |
| Lugar | | Fecha | Día/Mes/Año |

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

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill No.1099 • Acropolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • www.bupasalud.com/MiBupa