

# 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es negativa, por favor especifique:		

¿Ha cambiado de dirección de residencia en los últimos 12 meses?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nueva dirección:		

¿Ha cambiado de teléfono de residencia/móvil, en los últimos 12 meses?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información:		

## 2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA

Producto		Cobertura		Deducible	
Cobertura adicional: Si no selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada					
Complicaciones perinatales y del embarazo	<input type="checkbox"/>	Eliminación del deducible	<input type="checkbox"/>	Procedimientos de trasplante	<input type="checkbox"/>

Si solicita una cobertura adicional, complete el cuestionario correspondiente.

## 3. AUTORIZACIÓN

Firma			
Lugar		Fecha	Día/Mes/Año

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

**Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.**

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