

# 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:

¿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:

## 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

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