

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Para ser completada por el asegurado principal
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



Código:

R.A: APS/DS/N°032/2021

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

| | | | |
|--|--------------|------------------|--------------|
| Nombre | Apellido | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA | Número de póliza | |
| Yo declaro que soy residente de (país) | | Desde | DD / MM / AA |
| Dirección permanente | | | |

Por favor completar si algún asegurado bajo esta póliza reside en otro país fuera de Latinoamérica o el Caribe. (AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

| | | | |
|--|---------------------|--|---------|
| Nombre del asegurado | Apellido | Nombre | Inicial |
| País | | Tipo de visa | |
| <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal | ¿Por cuánto tiempo? | Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente? | |
| Motivo de su residencia en el extranjero | | | |
| Nombre del asegurado | Apellido | Nombre | Inicial |
| País | | Tipo de visa | |
| <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal: ¿Por cuánto tiempo? | | Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente? | |
| Motivo de su residencia en el extranjero | | | |

2. AUTORIZACIÓN

Entiendo que Bupa tiene el derecho de verificar la información arriba declarada en cualquier momento, así como de solicitar copias de documentos oficiales como pasaportes y visas.

| | | |
|-------------------------------|-------|--------------|
| Firma del Asegurado Principal | Fecha | DD / MM / AA |
|-------------------------------|-------|--------------|

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201-203 • Santa Cruz, Bolivia
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupalud.com/MiBupa