

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

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



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 Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. 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 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