

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

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



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 Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com