

CERTIFICADO PARA ESTUDIANTE DEPENDIENTE

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



Si alguno de sus dependientes entre los 19 y los 24 años de edad es estudiante a tiempo completo, por favor llene un Certificado para Estudiante Dependiente para cada uno de ellos y proporcione evidencia de la acreditación de la universidad. Devuelva estos documentos con su pago de renovación para garantizar la cobertura de seguro.

1. ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial	No. de póliza	
--------	----------	--------	---------	---------------	--

Yo, Apellido Nombre Inicial certifico que la información que aparece a continuación está completa y es verdadera a mi leal saber y entender. También certifico que mi hijo(a) dependiente mencionado(a) abajo no está casado(a). Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. También adjunto un certificado/affidávit de la universidad correspondiente como evidencia de la inscripción a tiempo completo.

2. DEPENDIENTE

Nombre del estudiante dependiente	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Día/Mes/Año
-----------------------------------	----------	--------	---------	---------------------	-------------

Está inscrito como estudiante a tiempo completo en:

Nombre del colegio/universidad					
Dirección completa					
Ciudad	Estado		País		Teléfono

Durante el período que:

Comienza en:	Día/Mes/Año	Y termina en:	Día/Mes/Año
--------------	-------------	---------------	-------------

3. AUTORIZACIÓN

Firma del asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año
-------------------------------	--	-------	-------------

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupalud.com/MiBupa