

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 del colegio o 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/afidávit del colegio o universidad correspondiente como evidencia de la inscripción a tiempo completo.

2. DEPENDIENTE

Nombre del estudiante dependiente	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	DD/MM/AA
-----------------------------------	----------	--------	---------	---------------------	----------

Está inscrito como estudiante a tiempo completo en:

Nombre del colegio/universidad					
Dirección completa					
Ciudad			Departamento		
País			Teléfono		

Durante el período que:

Comienza en:	DD/MM/AA	Y termina en:	DD/MM/AA
--------------	----------	---------------	----------

3. AUTORIZACIÓN

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