CERTIFICADO DE BUENA SALUD PARA REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Número de póliza			

Entiendo que este Certificado de Buena Salud para Rehabilitación de la Póliza y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud original y/o solicitado por Bupa servirán de base para cualquier cobertura otorgada, y que ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que este Certificado haya sido aprobado por Bupa.
Con mi firma abajo certifico que, a mi mejor conocimiento, NINGUNO DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS PARA COBERTURA bajo esta póliza ha recibido un diagnóstico médico, ni ha recibido ningún tratamiento médico, ni se le ha recomendado ningún tratamiento médico, ni ha presentado síntomas de ningún orden físico o mental, (excepto lo que haya sido declarado en la solicitud original) desde la fecha de la última renovación de mi póliza el día _____.

En caso de no ser cierta la declaración anterior, indique el nombre completo del asegurado que ha tenido un cambio en su condición, el diagnóstico médico, el tratamiento médico o quirúrgico recibido o recomendado y/o el resultado del mismo, así como también el nombre completo, dirección y teléfono de todos los médicos y hospitales donde dicho asegurado haya sido atendido. (POR FAVOR AÑADA PÁGINAS ADICIONALES SI NECESITA MÁS ESPACIO)

Nombre del asegurado	Apellido	Nombre	Inicial
Condición			
Diagnóstico			
Tratamiento clínico o quirúrgico		☐ Recibido ☐ Recomendado	
Resultados			
Nombre del médico			
Dirección			
Teléfono			
Nombre del hospital			
Dirección			
Teléfono			
¿Se encuentra actualmente embarazada alguna de las personas propuestas para cobertura bajo esta póliza? Si respondió "Sí", por favor indique abajo		☐ Sí ☐ No	
Nombre de la asegurada		Fecha de nacimiento	DD / MM / AA

2. FIRMA

Firma del asegurado principal		Fecha	DD / MM / AA

18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 275 1500 , +1 (800) 321 5187 • Fax +1 (305) 275 1518 • www.bupasalud.com/MiBupa • bupa@bupalatinamerica.com