CERTIFICADO PARA ESTUDIANTE DEPENDIENTE

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			

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		Estado			
País		Teléfono			
Durante el período que:					
Comienza en:	DD/MM/AA	Y termina en:	DD/MM/AA		

3. FIRMA

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

Firma del asegurado principal		Fecha	DD/MM/AA