DECLARACIÓN DE BUENA SALUD

Para ser completada 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 esta Declaración de Buena Salud y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud servirán de base para cualquier cobertura otorgada, y que ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que la solicitud haya sido aprobada por Bupa.

Con mi firma abajo certifico que, a mi mejor conocimiento, desde la fecha de solicitud original, 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 ningún síntoma de ningún orden físico o mental, salvo lo declarado en la solicitud de seguro.

En caso de no ser cierta la declaración anterior, indique el nombre completo del asegurado que ha tenido un cambio en su condición diagnóstico médico, 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 fue atendido.

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	

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