

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

ASEGURADO TITULAR



(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)

En virtud de lo establecido en el Acuerdo No. 3-2022 de la SSRP, la actualización de información es un requerimiento obligatorio. Sírvase por favor llenar el presente documento y hacerlo llegar a Bupa Panamá a través de su corredor de seguros o al correo actualizacionpanama@bupalatinamerica.com. El incumplimiento de esta disposición podrá resultar en la cancelación unilateral de su póliza por parte de la aseguradora, según lo establecido en el Artículo No. 36 de la Ley 23 de 2015.

INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre completo		Apellidos	
Correo electrónico		Número de póliza	
Según su contrato de póliza, ¿continúan los mismos dependientes asegurados bajo esta póliza? Si su respuesta es negativa, por favor especifique			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha cambiado de dirección de residencia en los últimos 12 meses? Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nueva dirección			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CALLE / AVENIDA	SECTOR / EDIFICIO	CASA / APTO	
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	
¿Ha cambiado de teléfono de residencia/celular en los últimos 12 meses? Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número teléfono
¿Su actividad económica y/o nivel de ingresos han tenido algún cambio en los últimos 12 meses? Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Actividad económica o giro del negocio		Ingresos anuales	
¿Ha cambiado de trabajo o profesión en los últimos 12 meses? Si su respuesta es afirmativa, por favor indique			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nueva posición		Teléfono de la empresa	
Nombre de la empresa			
Dirección de la empresa			
CALLE / AVENIDA	SECTOR / EDIFICIO	CASA / APTO	
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP), familiar cercano o estrecho colaborador de una PEP? Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del cargo	Fecha de nombramiento	Relación con la PEP	
Es usted contribuyente? En caso afirmativo, completar los siguientes campos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		N° de identificación	
		Digito Verificador (DV)	
Favor Actualizar Datos del Contratante. En caso de ser diferente al titular		Ruc o N° de Identificación	
<input type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Persona Juridica		Digito Verificador (DV)	
Nombre del Contratante	Apellidos del Contratante		
Dirección del Contratante			
CALLE / AVENIDA	SECTOR / EDIFICIO	CASA / APTO	
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	
Firma del asegurado titular		Fecha	DD/MM/AAAA

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 • www.bupasalud.com