

# DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

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



Código:

R.A: APS/DS/N°006/2021

## 1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

|  |              |                  |              |
|--|--------------|------------------|--------------|
| Nombre                                 | Apellido     | Nombre           | Inicial      |
| Fecha de nacimiento                    | DD / MM / AA | Número de póliza |              |
| Yo declaro que soy residente de (país) |              | Desde            | DD / MM / AA |
| Dirección permanente                   |              |                  |              |

Por favor completar si algún asegurado bajo esta póliza reside en otro país fuera de Latinoamérica o el Caribe. (AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

|   |                     |  |         |
|---|---------------------|--|---------|
| Nombre del asegurado  | Apellido            | Nombre   | Inicial |
| País  |                     | Tipo de visa   |         |
| <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal | ¿Por cuánto tiempo? | Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente? |         |
| Motivo de su residencia en el extranjero                              |                     |  |         |
| Nombre del asegurado  | Apellido            | Nombre   | Inicial |
| País  |                     | Tipo de visa   |         |
| <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal | ¿Por cuánto tiempo? | Después de ese período, ¿dónde establecerá su residencia permanente? |         |
| Motivo de su residencia en el extranjero                              |                     |  |         |

## 2. AUTORIZACIÓN

Entiendo que Bupa tiene el derecho de verificar la información arriba declarada en cualquier momento, así como de solicitar copias de documentos oficiales como pasaportes y visas.

|                               |       |              |
|-------------------------------|-------|--------------|
| Firma del Asegurado Principal | Fecha | DD / MM / AA |
|-------------------------------|-------|--------------|

**Bupa Insurance (Bolivia) S.A.**

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201-203 • Santa Cruz, Bolivia  
Tel. (591-3) 342 4264 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)