

# CERTIFICADO PARA ESTUDIANTE DEPENDIENTE

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



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 de la 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 |  |
|--------|----------|--------|---------|---------------|--|

Yo,  Apellido  Nombre  Inicial  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/afidávit de la universidad correspondiente como evidencia de la inscripción a tiempo completo.

## 2. DEPENDIENTE

|                                   |          |        |         |                     |             |
|-----------------------------------|----------|--------|---------|---------------------|-------------|
| Nombre del estudiante dependiente | Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento | Día/Mes/Año |
|-----------------------------------|----------|--------|---------|---------------------|-------------|

Está inscrito como estudiante a tiempo completo en:

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Nombre del colegio/universidad |  |
|--------------------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| Dirección completa |  |
|--------------------|--|

|        |  |        |  |      |  |          |  |
|--------|--|--------|--|------|--|----------|--|
| Ciudad |  | Estado |  | País |  | Teléfono |  |
|--------|--|--------|--|------|--|----------|--|

Durante el período que:

|              |             |               |             |
|--------------|-------------|---------------|-------------|
| Comienza en: | Día/Mes/Año | Y termina en: | Día/Mes/Año |
|--------------|-------------|---------------|-------------|

## 3. AUTORIZACIÓN

|                               |  |       |             |
|-------------------------------|--|-------|-------------|
| Firma del asegurado principal |  | Fecha | Día/Mes/Año |
|-------------------------------|--|-------|-------------|

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 • Fax: (507) 830 5212 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)