

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?				☐ Sí	☐ No
Si su respuesta es negativa, por favor especifique					
¿Ha cambiado de dirección de residencia en los últimos 12 meses?				☐ Sí	☐ No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nueva dirección					
CALLE / AVENIDA		SECTOR / EDIFICIO		CASA / APTO	
PROVINCIA		DISTRITO		CORREGIMIENTO	
¿Ha cambiado de teléfono de residencia/celular en los últimos 12 meses?				☐ Sí	☐ No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada				Número teléfono	
¿Su actividad económica y/o nivel de ingresos han tenido algún cambio en los últimos 12 meses?				☐ Sí	☐ No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada					
Actividad económica o giro del negocio				Ingresos anuales	
¿Ha cambiado de trabajo o profesión en los últimos 12 meses?				☐ Sí	☐ No
Si su respuesta es afirmativa, por favor indique					
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?				☐ Sí	☐ No
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información					
Nombre del cargo		Fecha de nombramiento		Relación con la PEP	
Es usted contribuyente? En caso afirmativo, completar los siguientes campos				☐ Sí	☐ No
				N° de identificación	
				Digito Verificador (DV)	
Favor Actualizar Datos del Contratante. En caso de ser diferente al titular				Ruc o N° de Identificación	
☐ Persona Natural ☐ Persona Jurídica				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