

# CERTIFICADO PARA ESTUDIANTE DEPENDIENTE



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 del colegio o 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			

## 2. DEPENDIENTE

Nombre del estudiante dependiente	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	DD/MM/AA
Está inscrito como estudiante a tiempo completo en:					
Nombre del colegio/universidad					
Dirección completa					
Ciudad		Estado			
País		Teléfono			
Durante el período que:					
Comienza en:	DD/MM/AA	Y termina en:	DD/MM/AA		

## 3. FIRMA

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 del colegio o universidad correspondiente como evidencia de la inscripción a tiempo completo.

Firma del asegurado principal		Fecha	DD/MM/AA
-------------------------------	--	-------	----------

**Bupa Dominicana, S.A.**

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana  
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com