

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

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

**Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros**

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador  
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • [www.bupalud.com](http://www.bupalud.com) • [SACecuador@bupalatinamerica.com](mailto:SACecuador@bupalatinamerica.com)