

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN CORPORATE CARE



(POR FAVOR LLENE EN LETRA DE MOLDE)

La aseguradora se reserva el derecho de contactar al contratante y/o asegurado titular si alguna pregunta no se ha explicado en detalle, o si se requiere información adicional.

Por favor completar la siguiente información y/o confirmar su exactitud.

IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO

Nombre del Grupo

No. de Póliza

INFORMACIÓN GENERAL

¿La entidad ha cambiado el Representante Legal en los últimos 12 meses?

Sí ☐

No ☐

Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique el nombre de la persona y el número de su documento de identificación.

¿La entidad ha cambiado de dirección física en los últimos 12 meses?

Sí ☐

No ☐

Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada.

¿La entidad ha cambiado número de teléfono o correo electrónico en los últimos 12 meses?

Sí ☐

No ☐

Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada:

¿Mantiene la entidad las mismas actividades comerciales declaradas al inicio de la relación?

Sí ☐

No ☐

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique las actividades comerciales a las que se dedica.

¿Actualmente mantiene la entidad algún dueño, accionista, ejecutivo o colaborador que sea una Persona Expuesta Políticamente?

Sí ☐

No ☐

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique el nombre y generales de la Persona Expuesta Políticamente.

Firma del Representante Legal

Fecha

BUPA GUATEMALA, S.A

Europlaza World Business Center, Torre III, nivel 11, Oficina 1103, Ciudad de Guatemala PBX: (502) 2300-8000 | bupalocal@bupalatinamerica.com | www.bupasalud.com/MiBupa