



Información de la póliza

Nombre del asegurado Número de póliza

Nombre del Contratante (si no es el mismo asegurado)

Teléfono Correo electrónico

Favor seleccionar el tipo de cambio a proceder:

☐ A) Cambio o Actualización de Dirección

Dirección:

☐ B) Cambio de Modalidad de Pago

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual (debe inscribir Tarjeta de Crédito)

☐ C) Cambio de Pagador

☐ Persona Física: Nombre Completo Parentesco

Debe completar el formulario "Conozca a su Cliente" de Persona Física y adjuntar copia de identificación.

☐ Persona Jurídica: Nombre o Razón Social Representante Legal

Debe completar el formulario "Conozca a su Cliente" de Persona Jurídica, adjuntar copia del registro mercantil y copia de la identificación del representante Legal.

Relación

☐ D) Cambio de Contratante: Adjuntar el Formulario de Cambio de Contratante

☐ Persona Física: Nombre Completo Parentesco

☐ Persona Jurídica: Nombre o Razón Social Representante Legal

Relación

☐ E) Cambio de Plan: Adjuntar el Formulario de Solicitud de Gastos Médicos Mayores

Póliza actual: Plan seleccionado:

Nota: Los cambios de plan se realizan a fecha de renovación anual de la póliza. La solicitud debe ser recibida antes de la fecha de aniversario.



POR LA PRESENTE DECLARO BAJO LA FE DE JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS ANTERIORMENTE Y CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO SON VERDADEROS, CORRECTOS Y ACTUALIZADOS Y QUE NO HE OMITIDO NINGUNA INFORMACIÓN REQUERIDA EXPLÍCITA O IMPLÍCITAMENTE EN ESTE FORMULARIO.

Nombre y Firma del Asegurado

Fecha / Firmado en (ciudad y país)

Nombre y Firma del Contratante o Representante Legal

Fecha / Firmado en (ciudad y país)