



WorldWide
Medical

Solicitud de Cambio de Modalidad de Pago

Información de la póliza

Nombre del asegurado Número de póliza

Nombre del Contratante (Si no es el mismo asegurado)

Teléfono Correo electrónico

Favor seleccionar modalidad:

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

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)