



## Información de la Póliza

Número de póliza

## Información del contratante actual

☐ Persona Física

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido

☐ Persona Jurídica

Nombre o Razón Social

Nombre del Representante Legal

Dirección

País de Residencia

Ciudad

Teléfono Residencia

Teléfono Celular

Teléfono Oficina

Correo electrónico

## Información del asegurado: Requerido (si no fuese el mismo contratante)

Nombre completo del Asegurado

Fecha de Nacimiento

Dirección

País de Residencia

Ciudad

Teléfono Residencia

Teléfono Celular

Teléfono Oficina

Correo electrónico

## Información del Nuevo Contratante

☐ Persona Física

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido

Relación con el asegurado

**Nota:** Debe completar el formulario "Conozca a su Cliente" de Persona Física y adjuntar copia del documento de identidad.

☐ Persona Jurídica

Nombre o Razón Social

Nombre del Representante Legal

Dirección

País de Residencia

Ciudad

Teléfono Residencia

Teléfono Celular

Teléfono Oficina

Relación con el asegurado

**Nota:** Debe completar el formulario "Conozca a su Cliente" de Persona Jurídica, adjuntar copia del Registro Mercantil o equivalente y copia del documento de identidad del representante legal.

El nuevo contratante de esta póliza será el que se indique en la solicitud, a menos que sea cambiado utilizando el procedimiento que para tal efecto sea descrito en esta póliza. Se entiende que durante la vida del Asegurado, el Contratante puede ejercer cualquier derecho, privilegio u opción contenido en esta póliza.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Contratante Actual o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante Actual

\_\_\_\_\_  
Fecha / Firmado en (Ciudad y País)

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Nuevo Contratante o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Nuevo Contratante

\_\_\_\_\_  
Fecha / Firmado en (Ciudad y País)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha / Firmado en (Ciudad y País)