



WorldWide
Medical

Solicitud de Cambio - Póliza de Vida Individual

Información de la póliza

Nombre del asegurado Número de póliza
Nombre del Contratante (Si no es el mismo asegurado)
Teléfono Correo electrónico

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 KYC de Persona Física y adjuntar copia de identificación

Persona Jurídica:
Nombre o Razón Social Representante Legal
Debe completar el KYC de Persona Jurídica, adjuntar copia del registro mercantil y copia de la identificación del representante Legal.
Parentesco

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

Persona Física:
Nombre Completo Parentesco
Persona Jurídica:
Nombre o Razón Social Representante Legal
Parentesco

E) Disminución de Suma asegurada

Indicar la nueva Suma
Nota: Para las pólizas con cesión, se le adjuntar la carta de saldo actualizado, la misma debe incluir el número de póliza.

F) Aumento de Suma asegurada

Indicar la nueva Suma
De acuerdo al monto solicitado debe verificar los requisitos de asegurabilidad, enviar declaración de salud actualizada y prima correspondiente a edad actual.

G) Cancelación de endoso.

Completar el formulario de Cancelación de colateral

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Nombre del Contratante

Firma del Contratante o Representante Legal

Fecha / Firmado en (ciudad y país)

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.