



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) Disminución de Suma asegurada

Indicar la nueva suma asegurada

Nota: Para 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 asegurada

De acuerdo al monto solicitado, deberán ser verificados 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



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)