



### 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. El asegurado no debe presentar servicios de salud mientras el cambio se encuentra en evaluación.



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)