



WorldWide
Medical

Solicitud de Cambio de Pagador

Información de la póliza

Nombre del asegurado Número de póliza

Nombre del Contratante (Si no es el mismo asegurado)

Teléfono Correo electrónico

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

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)