



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 Opción

Indicar a continuación la nueva opción elegida seleccionando entre los parámetros de Periodo de Espera, Vida/MA&D, Renta mensual Disability:

PERIODO DE ESPERA

☐ 30 días ☐ 60 días
☐ 90 días ☐ 120 días

VIDA / MA&D

RENTA DISABILITY

<input type="checkbox"/> US\$ 10,000	<input type="checkbox"/> US\$ 110,000	<input type="checkbox"/> US\$ 1,000	<input type="checkbox"/> US\$ 11,000
<input type="checkbox"/> US\$ 20,000	<input type="checkbox"/> US\$ 120,000	<input type="checkbox"/> US\$ 2,000	<input type="checkbox"/> US\$ 12,000
<input type="checkbox"/> US\$ 30,000	<input type="checkbox"/> US\$ 130,000	<input type="checkbox"/> US\$ 3,000	
<input type="checkbox"/> US\$ 40,000	<input type="checkbox"/> US\$ 140,000	<input type="checkbox"/> US\$ 4,000	
<input type="checkbox"/> US\$ 50,000	<input type="checkbox"/> US\$ 150,000	<input type="checkbox"/> US\$ 5,000	
<input type="checkbox"/> US\$ 60,000	<input type="checkbox"/> US\$ 160,000	<input type="checkbox"/> US\$ 6,000	
<input type="checkbox"/> US\$ 70,000	<input type="checkbox"/> US\$ 170,000	<input type="checkbox"/> US\$ 7,000	
<input type="checkbox"/> US\$ 80,000	<input type="checkbox"/> US\$ 180,000	<input type="checkbox"/> US\$ 8,000	
<input type="checkbox"/> US\$ 90,000	<input type="checkbox"/> US\$ 190,000	<input type="checkbox"/> US\$ 9,000	
<input type="checkbox"/> US\$ 100,000	<input type="checkbox"/> US\$ 200,000	<input type="checkbox"/> US\$ 10,000	



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)