

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN SEGUROS INDIVIDUALESN°PÓLIZA

Póliza N°1: 12345

Póliza N°2:

Póliza N°3:

Póliza N°4:

DATOS DEL CONTRATANTE

Rut: 15.069.792-1

Nombres: Michael

Apellido Paterno: Marianjel

Apellido Materno: fletcher

Teléfono:

Email: michael.marianjel@softcapture.cl

TIPO DE MODIFICACIÓN

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Endoso Vía de pago | <input type="checkbox"/> Endoso Anulación de Póliza | <input type="checkbox"/> Endoso Modificación de Beneficiarios |
| <input type="checkbox"/> Endoso Modificación de Primas | <input type="checkbox"/> Endoso Modificación de Asegurado | <input type="checkbox"/> Endoso Extensión de Coberturas Mas Salud |
| <input type="checkbox"/> Endoso Cambio de Contratante | <input type="checkbox"/> Endoso Modificación de Coberturas | <input type="checkbox"/> Endoso Modificación Domicilio |
| <input type="checkbox"/> Endoso Cambio de Indemnización | <input type="checkbox"/> Endoso Anula/Reactivar cobranza | <input type="checkbox"/> Endoso Régimen Tributario |
| <input type="checkbox"/> Endoso Periodicidad de Pago | <input type="checkbox"/> Endoso Rehabilitación de Póliza | <input type="checkbox"/> Endoso Tipo de Trabajador |
| <input type="checkbox"/> Endoso Otros | | |

Nombre del Intermediario:

MICHAEL M SOFTCAPTURE

R.U.T.

15069792-1

Fecha:

07-08-2023

Firma Representante CIA

Firma Contratante

Firma Asegurado



TI-00021



VÍA DE PAGO

Via de pago: Descuento Bancario

Banco: DEL ESTADO

N°Cuenta: 55555555555

Nombre del Intermediario:

MICHAEL M SOFTCAPTURE

R.U.T.

15069792-1

Fecha:

07-08-2023

Firma Representante CIA

Firma Contratante

Firma Asegurado