

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

8950 S.W. 74th Court, Miami, Florida 33156 ** Telephone: (305) 443-2898 ** Fax: (305) 442-8486 ** Web: www.bmicos.com

SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE SEGUROS DE SALUD

Nombre del titular

Número de póliza

☐ 1. Cambio de dirección:

☐ Residencia

☐ Negocio

☐ Dirección de envío

Teléfonos: Residencial

Negocio

Celular

Dirección de correo electrónico: _____

☐ 2. Cambio de método de pago (únicamente en el aniversario de la póliza):

☐ Anual

☐ Semestral

☐ Trimestral

☐ Mensual – Tarjeta de crédito

☐ Mensual – Check-O-Matic

La modalidad de pago mensual requiere que la póliza sea registrada para pagos automáticos en una de las siguientes formas:

- Registrando una tarjeta de crédito para los pagos mensuales. El sistema debitará la prima mensualmente hasta que el registro sea cancelado, la tarjeta esté expirada o los cargos sean rechazados (el sistema intenta cobrar nuevamente mientras la póliza esté en período de gracia).
- Deducciones bancarias mensuales a su cuenta de banco, completando el formulario C-O-M. Deben de enviar el pago del primer mes junto con el formulario y los débitos posteriores se harán automáticamente. Las primas serán debitadas mensualmente hasta que sea solicitada la cancelación, la cuenta no tenga fondos para cubrir los gastos o la cuenta se encuentre inactiva.

☐ 3. Cambio de deducible (menor a mayor; únicamente en el aniversario de la póliza):

Deducible actual: US-\$ _____ Nuevo deducible: US-\$ _____

☐ 4. Cambio de plan (mismo o mayor deducible; únicamente en el aniversario de la póliza):

Plan Serie 3000 a:

☐ Meridian II

☐ Azure

☐ Flexi III América Latina

Plan Meridian II a:

☐ Azure

☐ Flexi III América Latina

Plan Meridian Preferred Plus a:

☐ Azure

☐ Flexi III América Latina

Plan Azure a:

☐ Flexi III América Latina

Otro: _____

☐ 5. Duplicado de: ☐ Póliza ☐ Tarjeta de identificación

☐ 6. Cambio de nombre (enviar copia de identificación): ☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Dependiente

Nombre previo: _____ Nombre actual: _____

☐ **7. Corregir edad (enviar copia de identificación):** ☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Dependiente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

☐ **8. Cambio de beneficiario:**

	Imprima nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	No. de cédula de identidad	%
Beneficiario(s) primario(s)					
Beneficiario(s) contingente(s)					

☐ **9. Exclusión de dependientes:**

Dependiente a excluir: _____ A partir de: _____

Razón: _____

☐ **10. Cambio de titular (enviar copia de cédula para nuevo titular):**

Transferir titularidad a: _____ No. de cédula: _____

☐ **11. Añadir suplemento (únicamente en el aniversario de la póliza):**

☐ Asistencia en viaje

☐ Vida temporal (Completar #8 para beneficiarios)

Titular ☐ US-\$50,000 ☐ US-\$100,000

Cónyuge ☐ US-\$50,000 ☐ US-\$100,000

☐ Otro _____

☐ **12. Eliminación de suplemento (únicamente en el aniversario de la póliza):**

☐ Asistencia en viaje

☐ Vida temporal (Completar #8 para beneficiarios)

Titular ☐ US-\$50,000 ☐ US-\$100,000

Cónyuge ☐ US-\$50,000 ☐ US-\$100,000

☐ Otro _____

Estamos de acuerdo en que mi (nuestras) firma(s) que aparece(n) abajo se refiere(n) a cada solicitud señalada en ambos lados de este formulario.

Fecha

Firma del titular

Firma del nuevo titular