

Póliza No. _____ Nombre del dueño _____
 Nombre del asegurado _____

Cambio de dirección:

Calle/Avenida: _____ Casa/Edificio: _____ Apartamento: _____
 Urbanización: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
 Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____
 Dónde trabaja: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____ Apartado: _____

Cambio de plan o suma asegurada:

De	Plan	Suma
A	Plan	Suma

La ocupación del presente es:

Referencia comercial: _____

Referencia bancaria: _____

Conversión del plan:

Fecha original ___/___/___ Edad _____

Fecha corriente ___/___/___ Edad actual _____

Fecha de venc. período conversión ___/___/___

Ingresos mensuales actuales: B/. _____

Cuenta: _____

Cuenta: _____

Cambio de modo de pago:

- Anual Semestral
 Cuatrimestral Bimestral
 Trimestral Mensual
 Tarjeta de Crédito Voluntario
 Desc. Salario Desc. Bancario

Beneficios deseados:

Beneficios deseados Prima
 Vida B/. _____
 Exoneración de Prima B/. _____
 Muerte Accidental Muerte B/. _____
 Accidental y Desm. B/. _____
 _____ B/. _____
 _____ B/. _____

Solicitud Especial:

Cambio de contratante de Póliza:

Se traspasan en su totalidad todos los derechos, privilegios y opciones.

Dueño Anterior: _____ Cédula / R.U.C. _____

Nuevo Dueño: _____ Cédula / R.U.C. _____

Cambio o corrección en el nombre del asegurado:

Cambio a: _____

Cambio a: Fumador No Fumador

Por no fumador se entiende la persona que no fuma cigarrillos, ni tabaco, ni pipa, ni siquiera ocasionalmente. En el caso de una persona que haya dejado de fumar, para ser considerado no fumador debe haberlo dejado por lo menos 12 meses antes de la fecha.

Observaciones:

Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y convengo además, que tales cambios no serán efectivos, sino hasta que ésta solicitud haya sido aprobada por La Compañía. En caso de solicitud de cambio en el plan o en la cantidad, por la presente renuncio a todos los derechos, título o intereses en la Póliza, antes del cambio aquí solicitado.

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____

Testigo

Asegurado

Contratante Anterior

Nuevo Contratante

Este espacio es para la oficina principal únicamente

Fecha de aprobación de inscripción

Representante Autorizado