

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:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anual              | <input type="checkbox"/> Semestral      |
| <input type="checkbox"/> Cuatrimestral      | <input type="checkbox"/> Bimestral      |
| <input type="checkbox"/> Trimestral         | <input type="checkbox"/> Mensual        |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito | <input type="checkbox"/> Voluntario     |
| <input type="checkbox"/> Desc. Salario      | <input type="checkbox"/> 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 dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Testigo

Asegurado

Contratante Anterior

Nuevo Contratante

---

**Este espacio es para la oficina principal únicamente**

Fecha de aprobación de inscripción

Representante Autorizado