



Asegurado/Titular:

Agencia/Oficina:

Propietario:

Número de Póliza:

Instrucciones: 1. Use solo las secciones que sean aplicables a sus cambios y marque la casilla. 2. Complete todas las partes de una sección o secciones seleccionadas. 3. Todos los cambios deben ser firmados por el propietario/titular de la póliza. 4. Esta solicitud no implica aprobación y está sujeta a evaluación.

1. Cambio Suma Asegurada o de Deducible Aumento Disminución

En Pólizas de Salud

Suma Asegurada Actual: _____ Suma Asegurada Nueva: _____

Variación de Deducible: Sí No

Deducible Actual: _____ Deducible Nuevo: _____

En Pólizas de enfermedades críticas

Aumento Suma Asegurada: Sí No Suma Asegurada Actual: _____ Suma Asegurada Nueva: _____

En Planes de viajes

Aumento Suma Asegurada: Sí No Suma Asegurada Actual: _____ Suma Asegurada Nueva: _____

Si está enviando algún requisito adjunto por favor indíquelo: _____

2. Cambio en la Frecuencia de Pago (No aplica para pólizas de enf. críticas ni de viajes)

Favor indicar la nueva forma de pago deseada:

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

3. Solicitud de Re-evaluación de Condición

Condición por Fumador/No Fumador (explique): _____

Condición Médica (explique): _____

Condición por Deportes Peligrosos (explique): _____

Condición por Actividad (explique): _____

Inclusión Eliminación de Suplementos (riders): Trasplante de órganos Complicaciones de maternidad, parto y RN.

Estudiante Internacional

Si está enviando algún requisito adjunto por favor indíquelo: _____

4. Cambio de Propietario/Titular (ingrese más abajo la información personal del nuevo propietario/titular)

Por la presente entrego al nuevo propietario/titular identificado abajo todos los beneficios, derechos y privilegios asociados a la propiedad de la póliza arriba nombrada. Reconozco que ninguna otra persona, firma o ente corporativo tiene participación en la póliza con excepción del nuevo propietario/titular y que no se ha establecido ni esta pendiente ningún proceso de quiebra contra el nuevo propietario abajo mencionado.

Nombre del Nuevo Propietario/Titular _____ Relación con el Asegurado Nombrado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado / Provincia _____ País _____ Ocupación _____ Ingresos Anuales _____

Teléfonos: Residencial _____ Celular _____ Laboral _____ E-mail address _____

5. Otros Cambios (Por favor especifique tipo de cambio)

Esta solicitud debe ser firmada por el asegurado/titular, el propietario y cualquier beneficiario irrevocable. Cuando se requiera la firma o autorización de los responsables de una compañía o persona jurídica distinta de una persona natural, el nombre de la compañía o persona jurídica debe venir avalado con la firma de uno o más de sus funcionarios autorizados para firmar en nombre de la misma en forma individual o conjunta, diferente(s) del asegurado designado como tal, además del sello de dicha compañía o persona jurídica. En estos casos se requerirá además copia certificada actualizada de los estatutos de dicha entidad jurídica debidamente registrados y publicados de acuerdo al ordenamiento legal vigente en el respectivo país o estado.

Por la presente convengo en que mi(nuestra) firma debe respaldar cualquier solicitud que se haya hecho en todas las páginas de este documento. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma Asegurado/Titular

Firma Propietario Actual

Firma Nuevo Propietario/Titular (solo aplica #4)

Fecha

Enviado por Agencia / Firma / Fecha

Recibido por Atlantica / Firma / Fecha