

Mediante el presente escrito, solicito la modificación de mi póliza en los siguientes términos:

Póliza:	
Contratante:	Asegurado:
Fecha de solicitud:    ____ Día        ____ Mes        ____ Año	Fecha de recibido:    ____ Día        ____ Mes        ____ Año

Para uso de la empresa procesado por:  
Fecha:

Cambio de dirección

Cambio de plan o suma asegurada

Cambio de contratante de la póliza y pagador

Cambio o corrección del nombre del asegurado

Cambio o corrección de cédula o pasaporte

## Actualización de datos del medio de pago:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mensual            | <input type="checkbox"/> Semestral            |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Descuento de salario |
| <input type="checkbox"/> Trimestral         | <input type="checkbox"/> Anual                |
| <input type="checkbox"/> ACH                |   |

## Descripción de la modificación solicitada:

Convento que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y convento además, que tales cambios no serán efectivos, sino hasta que esta 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, títulos o intereses en la póliza, antes del cambio aquí solicitado:

Firma del contratante de la póliza

Firma del asegurado