

REHABILITACIÓN DE PÓLIZA:

- En Vida Individual y Salud (Adjuntar solicitud aplicable, pruebas de asegurabilidad y demás requisitos)
- En Accidentes Personales adjuntar Carta de no Reclamo

DUPLICADO DE PÓLIZA: (Costo B/.10.00 1er. Duplicado, B/.15.00 2do., B/.20.00 3er.).

Por este medio hago constar que, he extraviado la póliza descrita en este formulario, expedida por la Compañía Internacional de Seguros, por lo que acepto como NULA la póliza original y entiendo que este duplicado reemplaza al original en todos sus propósitos.

AUMENTO DE LA SUMA ASEGURADA DE VIDA: (Adjuntar solicitud de seguro)

INCLUSIÓN DE DEPENDIENTE U OTRO ASEGURADO: (Adjuntar solicitud aplicable)

CAMBIO DE PLAN EN SALUD: (Adjuntar solicitud y demás requisitos aplicables)

INCLUSIÓN DE ENDOSO PREMIUM DE SALUD : (Adjuntar solicitud aplicable)

CAMBIO DE OPCIÓN DEL PLAN DE LA PÓLIZA A:

- OPCIÓN A
- OPCIÓN B

CAMBIO EN LA PRIMA

PLANEADA A: B/. _____

CAMBIO DE VIGENCIA:

- Vida** (Adjuntar proyección) Nuevos Años de Duración _____
- Accidentes Personales** Nueva Fecha de Vencimiento _____
dd / mm / aaaa

REDUCCIÓN DE VIGENCIA ACCIDENTES PERSONALES: Nueva Fecha de Vencimiento _____
dd / mm / aaaa

CANCELACIÓN DE PÓLIZA: (En vida adjuntar formulario)

Indicar Fecha de Cancelación _____ Indicar Motivo de Cancelación _____

REBAJA DE SUMA ASEGURADA / INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURAS ADICIONALES:

(En Accidentes Personales adjuntar solicitud aplicable)

Coberturas	Monto Original	Monto de Rebaja	Monto de Inclusión	Monto de Exclusión	Nuevo Monto
Básica	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Seg. Término Principal	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Seg. Término Adicional	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Relevo de Primas	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Muerte Accidental	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Inc. Total y Permanente	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Renta diaria por Hosp.	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Ingreso Pers. por Inc.	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.
Otros	B/.	B/.	B/.	B/.	B/.

Observaciones:

Convengo en que estos cambios son una enmienda a mi solicitud y Póliza original, así como cualquier endoso existente y convengo además, en que tales cambios no estarán en vigor, sino hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la Compañía.

Firmado en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Asegurado

Contratante

Testigo

Para uso de la Compañía:

Atendido por: _____ Fecha: _____

Departamento: _____