



SOLICITUD PARA CAMBIO EN EL CONTRATO

Nombre Asegurado _____

Número Contrato _____

SPU - (Agencia) - _____

Número Seguro Social _____

☐

No desea Renovar

Corrección de información demográfica: si todo permanece igual, favor dejar en blanco. Solo anotar si hay alguna modificación.

(CORRECCIONES)

Dirección Postal _____

Tel. casa _____
Tel.alterno _____

Indique con una "X"

Cubierta	Tipo de Cubierta				Mayor Medical	Vida	Añadir	Excluir	Costo Total Final
	Ind.	Pareja	Familiar	Familiar 3+					
CLASSIC MODIFICADA									
UNICA I					INCLUIDO	INCLUIDO			
UNICA PREFERIDA					INCLUIDO	INCLUIDO			\$

****Si marcó Vida, favor de indicar los beneficiarios:**

Nombre	Apellidos		Fecha de Nacimiento M/D/A			Parentesco	Porciento

Indique con una "X" en la Tabla si desea **Añadir dependiente/s** ó **Excluir dependiente/s**

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento M/D/A				Parentesco	Añadir	Excluir

Firma del Suscriptor

Fecha