

Formulario Solicitud de Novedades

Debe de completarse un formulario por tipo de póliza

Tipo de novedad

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inclusión de asegurado | <input type="checkbox"/> Inclusión de cobertura | <input type="checkbox"/> Transferencia de asegurado |
| <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiario | <input type="checkbox"/> Exclusión de asegurado | <input type="checkbox"/> Cambio de nivel/categoría |
| <input type="checkbox"/> Cambio de datos de asegurado | <input type="checkbox"/> Exclusión de cobertura | <input type="checkbox"/> Inclusión dependiente Últimos Gastos |
| <input type="checkbox"/> Reinclusión asegurado | <input type="checkbox"/> Cambio de salario | |

Datos generales de la empresa

(1) NOMBRE COMPLETO

(2) FECHA DE EFECTIVIDAD (dd/mm/aaaa)

(3) NÚMERO DE PÓLIZA

	(4) NOMBRE DEL TITULAR Y/O DEPENDIENTE	(5) CERTIFICADO	(6) NUEVA PÓLIZA	(7) NUEVO NIVEL/ CATEGORÍA	(8) NUEVO SALARIO
%					
&					
'					
(
)					
*					
+					
,					
-					
;%\$					
%%%					
%&					
%'					

Firma y sello de la entidad contratante y/o el asesor

Firma del intermediario datos

Fecha (dd/mm/aaaa)

Datos obligatorios:

* Los campos de 1' al 5' deben ser completados para toda solicitud, excepto la de inclusión de asegurado que será hasta el punto 4.

* Los campos del 6' al 8' deberán ser completados si corresponden al tipo: Transferencia (6) Cambio nivel / categoría (7) Cambio de salario (8)