



Internacional
de Seguros

SOLICITUD DE ENDOSO PARA CAMBIO EN PÓLIZA

Vida Individual Colectivo de Vida Accidentes Personales Salud

Información del Asegurado

No. de Póliza: _____ No. de Certificado: _____
 Asegurado o Contratante: _____
 Celular: _____ Correo Electrónico: _____

CAMBIO DE CONTRATANTE O CORRECCIÓN EN EL NOMBRE DEL CONTRATANTE:

DE: _____
 A: _____
 Para Persona Natural (Adjuntar Solicitud y Fotocopia de cédula)
 Para Persona Jurídica (Adjuntar copia de Registro Público de la Empresa, Fotocopia de la cédula del Representante Legal, Carta de Accionistas)

CAMBIO DE FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE: (Adjuntar fotocopia de cédula)

ACTUAL: _____ NUEVA: _____

CAMBIO DE DIRECCIÓN:

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
 Correg.: _____ Urb.: _____ Calle: _____
 Edificio: _____ Casa: _____ Teléfono: _____
 Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

CAMBIO DE CONDUCTO DE PAGO: (Adjuntar formulario)

- Tarjeta de Crédito (Visa, Master Card, American Express)
 ACH (Cuenta Corriente o Cuenta de Ahorros)
 Descuento de Salario

CAMBIO DE FRECUENCIA DE PAGO:

- Mensual (Sólo Conducto Automático) Trimestral (Automático o Voluntario)
 Semestral (Automático o Voluntario)
 Anual (Automático o Voluntario)

CAMBIO DE CORREDOR: (Adjuntar carta de nombramiento del nuevo corredor)

Nombre del nuevo corredor: _____ Número de Código: _____

CAMBIO DE BENEFICIARIOS: (Adjuntar fotocopia de cédula del Asegurado / Contratante)

De acuerdo con los términos y condiciones contenidas en mi Póliza y haciendo uso del derecho que me concede el Contrato de Seguros, designo como Beneficiarios en mi Póliza a:

Beneficiarios Principales	Parentesco	Edad	Cédula	Porcentaje
Beneficiarios Contingentes	Parentesco	Edad	Cédula	Porcentaje

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad se pagará a _____
 cédula No. _____ y en su defecto a _____ cédula No. _____
 quienes han sido instruidos por mí sobre la forma en que deberán disponer de la suma que reciban de La Aseguradora.

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 : (Adjuntar solicitud aplicable)

CAMBIO DE OPCIÓN DEL PLAN DE LA PÓLIZA A: **CAMBIO EN LA PRIMA**
 OPCIÓN A OPCIÓN B **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 _____

Asegurado

Contratante

Testigo

Para uso de la Compañía:
 Atendido por: _____ Fecha: _____
 Departamento: _____