

## ASEGURADO PRINCIPAL

Apellidos:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
No. Poliza:		

## CAMBIOS A EFECTUAR

<input type="checkbox"/> Cambio de Dirección a:	
<input type="checkbox"/> Cambio de modo de pago a:	<input type="checkbox"/> Mensual /Cargos Automáticos (Por favor complete la autorización de pago con tarjeta de crédito) <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Cambio de deducible (Si esta bajando el deducible, este cambio esta sujeto a aprobación del departamento de Evaluación de Riesgo, por favor adjuntar el cuestionario medico que aparece en la solicitud)	Deducible Actual : _____ Nuevo Deducible Seleccionado: _____

## CANCELACION DE MIEMBRO (s)

<input type="checkbox"/> Asegurado Principal	
<input type="checkbox"/> Cónyuge	
<input type="checkbox"/> Dependientes (s)	
Firma del asegurado principal:	Fecha:
Nota: Todos los cambios establecidos en este formulario ( con excepción de las cancelaciones), solo pueden ser efectuados en la fecha de aniversario de la póliza. Por favor dirigirlo al departamento de renovaciones.	