

| | |
|--------------|-------------------|
| Asegurado: | Agencia: |
| | |
| Propietario: | Número de Póliza: |
| | |

Instrucciones: 1. Use solo las secciones que sean aplicables a sus cambios y marque la casilla. 2. Complete todas las partes de una sección o secciones seleccionadas. 3. Todos los cambios deben ser firmados por el propietario de la póliza. 4. Esta solicitud no implica aprobación y está sujeta a evaluación.

1. Cambio Suma Asegurada o de Prima Aumento Disminución

En Pólizas de Vida Suma Asegurada Actual: _____ Suma Asegurada Nueva: _____
 Variación de prima anual: Sí No Prima Actual: _____ Prima Nueva: _____

En Planes de Retiro y Educación

Aumento Suma Asegurada: Sí No Prima Actual: _____ Prima Nueva: _____
 Inclusión de Seguro: Sí No Prima Actual: _____ Prima Nueva: _____

Si está enviando algún requisito adjunto por favor indíquelo: _____

2. Cambio en la Frecuencia de Pago (indique la nueva frecuencia de pago)
 Mensual Trimestral Semestral Anual

3. Solicitud de Re-evaluación de Condición

- Condición por Fumador/No Fumador (explique): _____
- Condición Médica (explique): _____
- Condición por Deportes Peligrosos (explique): _____
- Condición por Actividad (explique): _____
- Inclusión Eliminación de Suplementos (riders): ADB Seg. Temp. Adic. Seg. Conyugal/Otro Aseg.

Si está enviando algún requisito adjunto por favor indíquelo: _____

4. Cambio de Propietario (ingrese más abajo la información personal del nuevo propietario)

Por la presente entrego al nuevo propietario identificado abajo todos los beneficios, derechos y privilegios asociados a la propiedad de la póliza arriba nombrada. Reconozco que ninguna otra persona, firma o ente corporativo tiene participación en la póliza con excepción del nuevo propietario y que no se ha establecido ni esta pendiente ningún proceso de quiebra contra el nuevo propietario abajo mencionado.

| | | | | |
|------------------------------|--------------------|---------|------------------------------------|------------------|
| Nombre del Nuevo Propietario | | | Relación con el Asegurado Nombrado | |
| Dirección | | | | |
| Ciudad | Estado / Provincia | País | Ocupación | Ingresos Anuales |
| Teléfonos: Residencial | | Celular | Laboral | E-mail address |

5. Otros Cambios (Por favor especifique tipo de cambio)

Esta solicitud debe ser firmada por el asegurado, el propietario y cualquier beneficiario irrevocable. Cuando se requiera la firma o autorización de los responsables de una compañía o persona jurídica distinta de una persona natural, el nombre de la compañía o persona jurídica debe venir avalado con la firma de uno o más de sus funcionarios autorizados para firmar en nombre de la misma en forma individual o conjunta, diferente(s) del asegurado designado como tal, además del sello de dicha compañía o persona jurídica. En estos casos se requerirá además copia certificada actualizada de los estatutos de dicha entidad jurídica debidamente registrados y publicados de acuerdo al ordenamiento legal vigente en el respectivo país o estado. Por la presente convengo en que mi(nuestra) firma debe respaldar cualquier solicitud que se haya hecho en todas las páginas de este documento. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma Asegurado _____ Firma Propietario Actual _____ Firma Nuevo Propietario (solo aplica #4) _____ Fecha _____

Enviado por Agencia / Firma / Fecha _____ Recibido por STL / Firma / Fecha _____