

Asegurado:	Agencia:
Propietario:	Número de Póliza:

Instrucciones:

1. Use solo las secciones que sean aplicables a sus cambios y marque la casilla de la sección seleccionada.
2. Complete todas las partes de una sección o secciones seleccionadas.
3. Todos los cambios deben ser firmados por el propietario de la póliza.

1. Cambio de Dirección ☐

☐ Residencia ☐ Oficina ☐ Ambas

Nueva Dirección: _____

	Ciudad / Estado	País	Código Postal

Teléfonos Habitación: _____ Dirección E-mail: (marcar como principal uno de los correos electrónicos) ☐

Teléfonos Oficina: _____ ☐

Teléfonos Celulares: _____ ☐

Otros Teléfonos: _____ ☐

2. Cambio de Ocupación, Actividad Laboral y/o Fuente de Ingresos. ☐

Nueva ocupación: _____

3. Modificación en el Nombre ☐

Propietario	Nombre Actual: _____	Nombre Correcto: _____
Asegurado	Nombre Actual: _____	Nombre Correcto: _____
Beneficiario	Nombre Actual: _____	Nombre Correcto: _____

Razón del cambio: ☐ Matrimonio ☐ Divorcio ☐ Otros (Explique): _____

Debe anexarse la evidencia legal para validar el cambio de acuerdo a la normativa legal del respectivo país o estado.

4. Cambio de Beneficiario. ☐

Por la presente renuncio a cualquier designación anterior de beneficiario y solicito a la compañía que cambie el(los) beneficiario(s) de la póliza arriba nombrada a el(los) listado(s) abajo.

Nombre del Beneficiario: _____	FDN	/	/	/	Parentesco	%
Nombre del Beneficiario: _____	FDN	/	/	/	Parentesco	%
Nombre del Beneficiario: _____	FDN	/	/	/	Parentesco	%
Nombre del Beneficiario: _____	FDN	/	/	/	Parentesco	%
Nombre del Contingente: _____	FDN	/	/	/	Parentesco	%
Nombre del Contingente: _____	FDN	/	/	/	Parentesco	%

(Para designar mas beneficiarios que el espacio disponible en esta planilla, por favor adjunte planillas adicionales así como espacio requiera, que serán procesadas como una sola solicitud).

5. Otros Cambios (Por favor especifique el cambio) ☐

6. Duplicado de la Póliza ☐

Certifico que la póliza arriba mencionada se ha perdido o ha sido destruida y no tengo conocimiento donde pudiera estar. Se perdió bajo las siguientes circunstancias: _____

☐ Duplicado (\$ 25) ☐ Un certificado de que está al día

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	Firma por Compañía	Fecha
-----------------	-------------------	--------------------	-------

Enviado por Agencia / Firma / Fecha	Recibido por STL / Firma / Fecha	CAMBIO DATOS PERSONALES 10/18
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------