

## SOLICITUD PARA CAMBIO O CORRECCION DE POLIZA

 Negocio Semanal (W)

 Negocio Mensual (MDO)

 Negocio Ordinario (PNO)

### ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Número Seguro Social
				/ /

Números de las Pólizas		
1.	2.	3.
Teléfono Res:	Teléfono Cel:	E-mail:

### CAMBIO EN EL NOMBRE DEL ASEGURADO

Incluya los documentos necesarios que prueben el cambio, excepto cuando dicho cambio se deba a que el nombre aparece mal escrito en la póliza

Nombre Anterior:	Nombre Nuevo:
Motivo:	

### CORRECCION DE EDAD EN LA FECHA DE EMISION

Edad anterior:	Edad correcta:
----------------	----------------

**CERTIFICO** que el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, es la fecha correcta de mi nacimiento. Incluyo un original de \_\_\_\_\_ como evidencia de dicha fecha de nacimiento.

De acuerdo con lo anterior, solicito que:

Me indiquen la cantidad que debo pagar para mantener el mismo Monto del Seguro;

Me devuelvan la cantidad pagada en exceso;

Ajusten el Monto del Seguro de acuerdo con la edad correcta para mantener en vigor la misma prima pagada.

### CAMBIO EN LA FECHA DE EMISION

Fecha anterior:	Fecha nueva:
Motivo:	
Si la edad para seguro cambia, agradeceré que:	
<input type="checkbox"/> Ajusten la prima correspondiente y facturen o devuelvan la diferencia;	
<input type="checkbox"/> Ajusten el Monto del Seguro de acuerdo con la nueva edad.	

### CAMBIO EN LA CANTIDAD O EN EL PLAN DE SEGURO

Plan anterior:	Plan nuevo:
----------------	-------------

La prima deberá ser ajustada de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ y el Monto de Seguro, de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_. Me comprometo a someter cualquier evidencia de asegurabilidad necesaria, además de la que someto con esta solicitud, y cualquier otro requisito, no más tarde de 30 días después de la fecha de esta solicitud.

 **INCLUIR DEPENDIENTE\***
 **ELIMINAR DEPENDIENTE**

Incluya documentos necesarios que prueben el cambio: Certificado de Matrimonio, Certificado de Nacimiento, etc

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
1.			
2.			
3.			
4.			

\* Favor de completar cuestionario al dorso.

Autorizo a **TRIPLE-S VIDA, INC.**, a efectuar el (los) siguiente(s) cambio(s) en la(s) póliza(s) arriba indicada(s)

**CERTIFICO** que ninguna de las pólizas en las cuales solicito algún cambio, está cedida a ninguna persona, excepto como se explica arriba; ni esta como garantía de préstamo o deuda alguna. Tampoco se ha comenzado sobre mi persona ningún procedimiento de bancarrota.

Firmado en \_\_\_\_\_ Puerto Rico, hoy, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

_____ FIRMA DEL CESIONARIO	_____ FIRMA DEL ASEGURADO
_____ FIRMA DEL BENEFICIARIO (Si es irrevocable)	_____ FIRMA DEL DUEÑO (Si es diferente del asegurado)
_____ Testigo	Dirección del Dueño: _____ _____ _____
_____ Representante Autorizado	

Débito o Número \_\_\_\_\_

Dependiente(s) que esta añadiendo en esta póliza:			
1.	¿Se le ha rechazado alguna póliza de seguro de vida o de salud?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento de algún miembro de la profesión medica por algún desorden de deficiencia inmunológica, SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), ARC (Complejo relacionado con SIDA) o ha dado positivo para anticuerpos al virus del SIDA?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	Durante los últimos cinco años, ¿ha recibido tratamiento o ha tenido o se le ha recomendado examen médico, laboratorios o biopsias con el propósito de diagnosticar alguna de las siguientes condiciones?		
a.	Alta presión arterial.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b.	Cáncer interno o melanoma.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c.	Enfermedad del sistema cardiovascular.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d.	Problemas circulatorios crónicos.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e.	Enfermedad del riñón o sistema urinario.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f.	Enfermedades mentales o del sistema nervioso.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g.	Adicción a drogas o alcoholismo.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h.	Diabetes.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i.	Desordenes respiratorios.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j.	Cualquier otra condición que no se ha mencionado.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Si contesta "Sí" alguna de las preguntas anteriores indique:</b>			
	Nombre de la persona	Condición	Fecha
			M/____ A/____
			M/____ A/____

**CERTIFICO** que el agente personalmente me hizo todas las preguntas y que todas las contestaciones suministradas por mí han sido registradas correctamente.

**ENTIENDO** que la cubierta de la póliza entrará en vigor en la fecha específica en el Cuadro del Seguro como fecha de vigencia, o al recibo de la primera prima, lo que ocurra primero.

_____	_____	_____
Firma del Asegurado Propuesto	Fecha	Firma del solicitante (Si no es el Asegurado Propuesto) o la firma del testigo de la marca y su dirección)
_____	_____	_____
Firma del Representante Autorizado	Núm. del Representante Autorizado	Firma del Asegurado Propuesto o Dueño