

# SOLICITUD DE CAMBIO

NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

DE ACUERDO A MI PÓLIZA DE SEGURO DE \_\_\_\_\_ CITADA EN REFERENCIA, LA CUAL TENGO CONTRATADA CON USTEDES, CON LA PRESENTE SOLICITO LOS SIGUIENTES CAMBIOS.

CAMBIO DE FORMA DE PAGO A QUEDAR: MENSUAL  TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL

CANCELACIÓN DE POLIZA: SI  NO

CAMBIO DE BENEFICIARIOS:

NOMBRE	PARENTESCO	%	FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO PARTICULAR
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

CAMBIO DE DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CORRECCIÓN DE FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

VALORES GARANTIZADOS: SALDADO  PRORROGADO

RETIRO DEL FONDO DE ADMINISTRACIÓN: SI  NO

OTROS: \_\_\_\_\_

VALOR DE RESCATE: SI  NO

INSTRUCCIÓN DE PAGO FINIQUITO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA  
POR ESTE CONDUCTO SOLICITO Y AUTORIZO A SEGUROS EL POTOSÍ, S.A., PARA QUE CUALQUIER PAGO QUE PROCEDA A MI FAVOR, DERIVADO DE LOS CONTRATOS DE SEGURO CONCERTADOS EN ESTA ASEGURADORA SEAN DEPOSITADOS EN LA CUENTA BANCARIA A MI NOMBRE, LA CUAL TIENE LOS SIGUIENTES DATOS:

BANCO: \_\_\_\_\_

TARJETA DE DÉBITO  CUENTA DE CHEQUES  CUENTA DE AHORRO

CUENTA CLABE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO EN CHEQUE: SI  NO   
ESTE SE ENTREGARÁ DIRECTAMENTE EN LAS OFICINAS DE SEGUROS EL POTOSÍ.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL AGENTE: \_\_\_\_\_ CLAVE: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

