

# Solicitud para Modificaciones en Pólizas de P&F



SEGUROS SURAMERICANA, S.A.

## Datos del Asegurado

Nombre: \_\_\_\_\_ ID Identificación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N° Póliza: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Cambio Deseado

Marque con una "X" el cambio deseado

- |  |                          |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Corrección de datos Generales del Asegurado   | <input type="checkbox"/> | 7. Aumento, disminución de la Suma Asegurada     | <input type="checkbox"/> | 13. Rehabilitación                        | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cambio de dirección y/o teléfono/ apdo.       | <input type="checkbox"/> | 8. Modificar Medio de Pago                       | <input type="checkbox"/> | 14. Cambio de Plan                        | <input type="checkbox"/> |
| 3. Extensión o disminución de Cobertura          | <input type="checkbox"/> | 9. Cambio de número o tipo de cuenta             | <input type="checkbox"/> | 15. Copia de póliza                       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Inclusión, Exclusión de Unidad                | <input type="checkbox"/> | 10. Cambio, Inclusión y exclusión de Acreedor    | <input type="checkbox"/> | 16. Cambio de corredor                    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Inclusión o Exclusión de Cobertura/Beneficios | <input type="checkbox"/> | 11. Solicitud de Préstamos de Valores de rescate | <input type="checkbox"/> | 17. Otro tipo de movimiento no mencionado | <input type="checkbox"/> |
| 6. Cambio de Beneficiarios y/o porcentajes       | <input type="checkbox"/> | 12. Cancelación de seguro                        | <input type="checkbox"/> |   |                          |

## Advertencia:

Para los Seguros de Vida todo Aumento en la Suma Asegurada y rehabilitación requerirá completar nueva declaración de salud al reverso, y/o exámenes médicos. Todos los cambios requerirán firma en original. La cancelación del Seguro, Cambio, Inclusión o Eliminar Acreedor estará sujeta al VoBo de la Entidad Bancaria, sin esto no se podrá realizar su solicitud. Sólo el Asegurado y/o contratante es la persona facultada para solicitar modificaciones a la póliza. No se permite tachones, ni borrones en esta solicitud, a excepción de errores tipográficos en el nombre del Asegurado. Seguros Suramericana, S.A. se reserva el derecho de expedir el cambio solicitado, de acuerdo a sus criterios de selección y procesos de validación previos.

## Instrucción para el Cambio Deseado

Indique el número de cambio solicitado.

N°

Describe tal y como desea que aparezca, o se registre:

## Completar para Cambio de Beneficiarios

### Beneficiarios Principales:

NOMBRE	EDAD	CÉDULA	PARENTESCO	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### Beneficiarios Contingentes:

NOMBRE	EDAD	CÉDULA	PARENTESCO	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la póliza que le corresponda será entregado a: \_\_\_\_\_ con cédula N°. \_\_\_\_\_ y si este fallece a: \_\_\_\_\_ con cédula N°. \_\_\_\_\_.

## Cancelación del Seguro

Por favor sírvase indicar las razones principales por las cuales desea cancelar su seguro.

## Pérdida de la Póliza

Yo, \_\_\_\_\_, declaro y certifico libremente que he extraviado mi póliza N° \_\_\_\_\_ y solicito la confección de un duplicado de la misma. También certifico que no he cedido, traspasado ni endosado la póliza detallada y que la misma se encuentra libre de gravámenes.

## NOTA IMPORTANTE

Si tiene cualquier duda sobre este documento, nos puede contactar a nuestro Centro de Atención al Cliente: 800-8888.

Firma del Asegurado o Contratante y #

Cédula \_\_\_\_\_

Panamá

DÍA	MES	AÑO

## Cuestionario (solo) en caso de incremento de Suma Asegurada, Extensión de Temporalidad o Rehabilitación de la póliza de vida

Estatura:  Mts.      Peso:  Lb       Kg

Desde la fecha en que tomó su póliza ha cambiado las declaraciones dadas sobre su estado de salud.

SI  NO

¿Ha cambiado de Ocupación?

SI  NO

¿Practica alguna actividad, deporte o pasatiempo peligroso?

SI  NO

Brinde detalle en caso de respuesta afirmativa:

Hago constar que todas las declaraciones y respuestas contenidas en este cuestionario de salud, son completas y veraces, que no he ocultado detalles importantes relacionados con mi salud, por tanto pueden ser tomadas como base para el aumento de suma asegurada o la rehabilitación del seguro.

El aumento de suma asegurada o rehabilitación de la póliza, no será efectiva hasta tanto la Compañía informe por escrito la aprobación de esta solicitud, y la prima (s) haya (n) sido pagada (s).

Autorización: Mediante este formulario (o copia fotostática del mismo), autorizo a cualquier médico, hospital o clínica, a la Asociación Panameña de Crédito, Agencia de Crédito, o cualquier otra entidad para que suministre a Seguros Suramericana, S.A. cualquier información médica o de crédito sobre mi persona.

DE EXISTIR ALGÚN CAMBIO QUE MODIFIQUE LA PRIMA, SE AJUSTARA AUTOMÁTICAMENTE EN EL PRÓXIMO CARGO.

ESTE DOCUMENTO SOLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR LO TANTO NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR SEGUROS SURAMERICANA, S.A. NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA PÓLIZA CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD.

PANAMÁ,  DE  DE

Firma del Contrante

Firma del Asegurado y # cédula de identidad