

I. ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE

Nombres	N° Póliza
Apellidos	Email
Rut	Telefono

II. TIPO DE SOLICITUD (Marque con una X los cambios solicitados)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aumento/ Disminución de Capital (1) | <input type="checkbox"/> Cambio de Producto (6) | <input type="checkbox"/> Inclusión de Coberturas Adicionales (9) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de datos del Asegurado (2) | <input type="checkbox"/> Cambio de Plan (6) | <input type="checkbox"/> Inclusión de Asegurados Dependientes (10) |
| <input type="checkbox"/> Cambio Datos del Pagador/ Cambio Medio de Pago (3) | <input type="checkbox"/> Modificación de Beneficiarios (7) | <input type="checkbox"/> Rehabilitación de la Póliza (11) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Contratante/ Pagador (Cesión de Derechos) (4) | <input type="checkbox"/> Exclusión de Cargas (8) | <input type="checkbox"/> Cancelación de la Póliza (12) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Frecuencia de Pago (5) | <input type="checkbox"/> Exclusión de Coberturas Adicionales (9) | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar en la Sección III) |

III. DETALLE DE LA SOLICITUD

Dependiendo del endoso a realizar y el número que éste tiene asignado en la sección II, en el recuadro precedente deberá indicar lo siguiente:

- Indique el nuevo capital asegurado que se solicita, señalando a qué cobertura específica de la póliza aplicaría el cambio. Ejemplo: Aumento/Disminución a UF 1.000 Cobertura Muerte Accidental.
- Señale los datos que se solicitan actualizar como dirección, email, número de contacto
- Complete los datos a modificar del pagador y/o señale cual será el medio de pago nuevo (PAT o PAC), recuerde que deberá firmar los formularios de PAC-PAT que correspondan.
- Indique los datos del nuevo contratante/pagador. Adicionalmente, recuerde que deberá presentar el Formulario de Cesión de Derechos firmado por usted y por el nuevo contratante, junto con el formulario de PAC-PAT, según corresponda y la documentación adicional que la Compañía requiera para la aprobación del endoso, una vez sea evaluada su solicitud.
- Indique la frecuencia de cobro que está solicitando, mensual, semestral o anual.
- Señale el Plan o Producto por el cual desea cambiar su actual Plan o Producto.
- Identifique con los nombres, apellidos y parentesco los beneficiarios que se estén solicitando eliminar. (En caso que se solicite la designación de beneficiarios indicar en la sección IV)
- Identifique con los nombres, apellidos y parentesco los Asegurados Dependientes que solicita eliminar.
- Indique claramente cuál o cuáles son las coberturas adicionales que está solicitando eliminar/ incorporar. Adicionalmente indique los capitales que deben estar asociados a cada cobertura adicional incorporada.
- Indique la información solicitada en la Sección V
- Recuerde que para la rehabilitación de póliza deberá pagar el 100% de las primas pendientes de pago, y si han transcurrido más de 30 días desde la anulación deberá suscribir una nueva DPS
- Deberá presentar el Formulario de Termino Anticipado de Póliza completado y firmado por usted.

IV. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Rut Beneficiario	Nombre Completo	% Capital	Relación Asegurado Titular

Esta sección se utiliza para el endoso identificado con el número 7 en la sección II, cuando se solicite la asignación de beneficiarios, para lo cual deberá identificar con Rut, nombres, apellidos, porcentajes de asignación de capital y parentesco con el Asegurado Titular de los beneficiarios de su póliza.

V. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

Rut Asegurado	Nombre Completo	Fec.Nacimiento	Sexo	Relación Asegurado Titular

Esta sección se utiliza para el endoso identificado con el número 10 en la sección II, para el cual deberá identificar claramente los datos indicados en el cuadro precedente de los asegurados dependientes que requiere incorporar a su póliza. Para este endoso, deberá completar una Declaración de Salud para cada asegurado dependiente que solicite incorporar.

Recuerde que deberá completar y firmar un formulario por cada póliza contratada.

En mi condición de Contratante de la póliza, por medio de la firma del presente formulario declaro que acepto expresamente que la presente solicitud, así como los documentos que lo acompañan, se encuentran suscritos por mi y constituyen el respaldo para realizar las modificaciones solicitadas, las cuales quedarán vigentes a partir de la aceptación de las mismas por parte de la Compañía, esto último no superará el plazo de 6 días hábiles desde su recepción. También declaro estar en conocimiento que las modificaciones solicitadas entrarán en vigencia una vez revisadas y aceptadas por la Compañía y se proceda a emitir el endoso a la póliza.

Una vez emitido el endoso, la póliza se entenderá modificada en los términos señalados en la solicitud, quedando la Compañía liberada de cualquier obligación previa contraída bajo la póliza que fue modificada en virtud del endoso solicitado a través del presente formulario.

Día	Mes	Año		

 Firma Colmena Seguros

 Firma Contratante