Colmena Seguros
Vida y Salud

# Solicitud de Endoso de Póliza

N°

## I. ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE

| | |
|---|---|
| Nombres | N° Póliza |
| Apellidos | Email |
| Rut | Telefono |

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

- ☐ Aumento/ Disminución de Capital (1)
- ☐ Cambio de datos del Asegurado (2)
- ☐ Cambio Datos del Pagador/ Cambio Medio de Pago (3)
- ☐ Cambio de Contratante/ Pagador (Cesión de Derechos) (4)
- ☐ Cambio de Frecuencia de Pago (5)
- ☐ Cambio de Producto (6)
- ☐ Cambio de Plan (6)
- ☐ Modificación de Beneficiarios (7)
- ☐ Exclusión de Cargas (8)
- ☐ Exclusión de Coberturas Adicionales (9)
- ☐ Inclusión de Coberturas Adicionales (9)
- ☐ Inclusión de Asegurados Dependientes (10)
- ☐ Rehabilitación de la Póliza (11)
- ☐ Cancelación de la Póliza (12)
- ☐ 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:

1. 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.
2. Señale los datos que se solicitan actualizar como dirección, email, número de contacto
3. 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.
4. 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.
5. Indique la frecuencia de cobro que está solicitando, mensual, semestral o anual.
6. Señale el Plan o Producto por el cual desea cambiar su actual Plan o Producto.
7. 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)
8. Identifique con los nombres, apellidos y parentesco los Asegurados Dependientes que solicita eliminar.
9. Indique claramente cuál o cuáles son las coberturas adicionales que está solicitando eliminar/ incorporar. Adicionalmete indique los capitales que deben estar asociados a cada cobertura adicional incorporada.
10. Indique la información solicitada en la Sección V
11. Recuerde que para la rehabilitación de póliza deberá pagar el 100% de las primas pendientes de pago, y si han transcurrido mas de 30 días desde la anulación deberá suscribir una nueva DPS
12. 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 parentezco 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