



Vida Individual  Colectivo de Vida  Accidentes Personales  Salud

**Información del Asegurado**

No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Certificado: \_\_\_\_\_

Asegurado o Contratante: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE CONTRATANTE O CORRECCIÓN EN EL NOMBRE DEL CONTRATANTE:**

DE: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

- Para Persona Natural (Adjuntar Solicitud y Fotocopia de cédula)
- Para Persona Jurídica (Adjuntar copia de Registro Público de la Empresa, Fotocopia de la cédula del Representante Legal, Carta de Accionistas)

**CAMBIO DE FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE:** (Adjuntar fotocopia de cédula)

ACTUAL: \_\_\_\_\_ NUEVA: \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE DIRECCIÓN:**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Correg.: \_\_\_\_\_ Urb.: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE RESPONSABLE DE PAGO** (Adjuntar Cédula)

DE: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

- Para Persona Natural (Adjuntar Conoce tu Cliente)
- Para Persona Jurídica (Adjuntar copia de Registro Público de la Empresa, Fotocopia de la cédula del Representante Legal, Carta de Accionistas)

**CAMBIO DE CONDUCTO DE PAGO:** (Adjuntar formulario)  **CAMBIO DE FRECUENCIA DE PAGO:**

Tarjeta de Crédito (Visa, Master Card, American Express)	Mensual (Solo Conducto Automático)	Trimestral (Automático o Voluntario)
ACH (Cuenta Corriente o Cuenta de Ahorros)		Semestral (Automático o Voluntario)
Descuento de Salario		Anual (Automático o Voluntario)

**CAMBIO DE CORREDOR:** (Adjuntar carta de nombramiento del nuevo corredor)

Nombre del nuevo corredor: \_\_\_\_\_ Número de Código: \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE BENEFICIARIOS:** (Adjuntar fotocopia de cédula del Asegurado / Contratante)

De acuerdo con los términos y condiciones contenidas en mi Póliza y haciendo uso del derecho que me concede el Contrato de Seguros, designo como Beneficiarios en mi Póliza a:

Beneficiarios Principales	Parentesco	Edad	Cédula	Porcentaje





## Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

## Solicitud de Endoso Para Cambio en Póliza

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Página 3/3

### Observaciones:

---

---

Convengo en que estos cambios son una enmienda a mi solicitud y Póliza original, así como cualquier endoso existente y convengo que tales cambios no estarán en vigor, sino hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la Compañía.

Firmado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Asegurado**

\_\_\_\_\_  
**Contratante**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

### Para uso de la Compañía:

Atendido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_