



SOLICITUD PARA CAMBIO EN EL CONTRATO

Nombre Asegurado _____

Número Contrato _____ **SPU**

Número Seguro Social _____ **No desea Renovar**

Corrección de información demográfica: si todo permanece igual, favor dejar en blanco. Solo anotar si hay alguna modificación.

(CORRECCIONES)

Dirección Postal _____

Tel. casa _____
 Tel.alterno _____

Indique con una "X"

Cubierta	Tipo de Cubierta			Mayor Medical	Vida	Añadir	Excluir	Costo Total Final
	Ind.	Pareja	Familiar					
CLASSIC								
CLASSIC II								\$
UNICA				INCLUIDO	INCLUIDO			\$

****Si marcó Vida, favor de indicar los beneficiarios:**

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Porcentaje
		M	D	A		

Indique con una "X" en la Tabla si desea **Añadir dependiente/s** ó **Excluir dependiente/s**

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Añadir	Excluir
		M	D	A			

 Firma del Suscriptor

 Fecha