

Cambio de Datos Personales

Datos de contacto

1. Introducción

Fecha _____

Todos los campos son obligatorios. Le agradeceremos contestar las preguntas con precisión y divulgar toda la información completa. Si no hubiera espacio suficiente para alguna respuesta, por favor continúe en una hoja de papel aparte y adjúntela al presente. En caso de ser necesario nos reservamos el derecho de solicitar más detalles en base a las respuestas brindadas.

2. Datos Generales

Número de Póliza _____

Nombre y apellido del Tomador o Razón Social _____

Nombre y apellido del Tomador Conjunto (si correspondiera) _____

3. Cambio de datos de contacto

Tomador E-mail _____ Teléfono _____

Representante Legal: E-mail _____ Teléfono _____

Tomador Conjunto o Apoderado: E-mail _____ Teléfono _____

Asegurado 1: E-mail _____ Teléfono _____

Asegurado 2: E-mail _____ Teléfono _____

Tercero Pagador: E-mail _____ Teléfono _____

4. Firma del Solicitante y Solicitante Conjunto (si correspondiera)

Firma del Tomador o Representante Legal

Tipo y N° de documento

Firma del Tomador Conjunto o Apoderado (si correspondiera)

Tipo y N° de documento