

# Cambio de beneficios

---

## 1. Introducción

Día

Mes

Año

Sírvase completar este formulario en letra de imprenta. Le agradeceremos contestar todas 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 \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

Nombre completo del tomador \_\_\_\_\_

¿Desea actualizar sus datos de contacto?  Sí  No

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nombre completo del Tomador Conjunto (si correspondiera) \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nombre completo del Asegurado: \_\_\_\_\_

## 3. Beneficios

Beneficio a modificar

Base Seguro de Vida Adicional (Enterprise y Zurich Invest)

Inclusiva

Exclusiva

Detallar coberturas indicando: (E) para la Exclusión, (I) para la Inclusión ó (M) para la Modificación

	E	I	M	Nuevo monto total* (solo si ha seleccionado I o M)
Seguro de Vida Adicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Grave (Options)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Grave Premium (Options)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Invalidez Total y permanente (Enterprise, Z. Invest y Options)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muerte Accidental (Options, Profile y Zurich Invest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hospitalización (Options, Enterprise, Profile y Zurich Invest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pérdida de Miembros (Options, Enterprise, Profile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Exención de Pagos de Primas (Oxford, Enterprise, Options, Zurich Invest y Zurich University)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Renta Familiar (Options)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Si ha seleccionado Renta Familiar, por favor indique la cantidad de años de la Renta				_____

\* No incluye seguro de vida básico

**Notas**

- a. Cambios sujetos al cumplimiento de los requisitos que determine Zurich International Life Limited Sucursal Argentina.
- b. Los beneficios se otorgarán en la moneda de la Prima.
- c. El plazo establecido para la Renta Familiar es de 10 a 25 años.
- d. Los planes Options Mancomunados deberán presentar una solicitud de cambio de beneficios por cada vida asegurada.
- e. Los planes Profile podrán aplicar las modificaciones sobre el seguro de vida básico cuando éste supere al mínimo obligatorio.

4.

	Aclaración _____
Firma del Tomador	Tipo y N° de documento
	Aclaración _____
Firma del Tomador Conjunto (Si corresponde)	Tipo y N° de documento
Fecha	

5. Declaración

Completar solo cuando la firma en el documento de identidad sea distinta a la actual o a la firma utilizada para realizar un cambio en la póliza sea diferente a la registrada originalmente en la Compañía.

Declaro que mi firma ha variado respecto de la registrada en la Compañía y/o efectuada en mi D.N.I., L.E., L.C., debido a

	Tipo y N° de documento _____
Firma del Productor Asesor	Fecha de la declaración

El solicitante debe firmar en presencia del verificador aprobado

## 6. A ser completado por el verificador

Certifico que la firma proporcionada pertenece a la persona arriba mencionada.

	<u>Aclaración</u>
<u>Firma del verificador aprobado</u>	<u>Tipo y N° de documento</u>
<u>Productor</u>	<u>Matricula S.S.N. N°</u>