

Asegurado _____ N° de Póliza _____ SSN _____

Formulario de Solicitud de Cambio en la Póliza/el Certificado

CAMBIO DE NOMBRE Se requiere una copia de documentación legal cuando se realizan cambios en el nombre o la fecha de nacimiento. Esta documentación puede incluir uno de los siguientes elementos: licencia de matrimonio, certificado de nacimiento, licencia de conducir, documentos del tribunal o sentencia de divorcio. No se procesarán los formularios recibidos sin la documentación adecuada.

Cambio del nombre del asegurado DE	Cambio del nombre del asegurado A
---	--

Motivo del cambio ☐ Matrimonio ☐ Divorcio ☐ Corrección ☐ Otro _____

CAMBIO DE FECHA DE NACIMIENTO Se requiere una copia de documentación legal cuando se realizan cambios en el nombre o la fecha de nacimiento. Esta documentación puede incluir uno de los siguientes elementos: licencia de matrimonio, certificado de nacimiento, licencia de conducir, documentos del tribunal o sentencia de divorcio. No se procesarán los formularios recibidos sin la documentación adecuada.

☐ Asegurado ____ / ____ / ____ ☐ Cónyuge (opcional) ____ / ____ / ____
MM DD AAAA MM DD AAAA

CAMBIO EN LA DIRECCIÓN POSTAL O EL NÚMERO DE TELÉFONO

Dirección postal	Número de teléfono
------------------	--------------------

CHANGE OF SMOKER STATUS Select One

- ☐ Confirmando que no utilizo productos de tabaco y que no he usado productos de tabaco en los últimos 12 meses.
- ☐ Confirmando que no utilizo productos de tabaco y que no he usado productos de tabaco en los últimos 12 meses, y que no usé productos de tabaco en la fecha de la solicitud original de cobertura.

CAMBIO DE GÉNERO

Change of gender FROM	Cambio de género A
------------------------------	---------------------------

Solo para residentes de California: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar un reclamo por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Firma de asegurado o titular primario	Fecha
---------------------------------------	-------

Ver el dorso del formulario de cheque preautorizado

Asegurado _____ N° de Póliza _____ SSN _____

AUTORIZACIÓN PARA COBRO DE PRIMAS DE SEGURO

☐ Factura directa	☐ Mensual	☐ Trimestral	☐ Semestral	☐ Anual
☐ Tarjeta de crédito (Facturación Mensual Automática) Número de tarjeta de crédito - - -				Fecha de vencimiento ____ / ____ / ____ MM DD AA
☐ Transferencia Electrónica de Fondos (Débito mensual bancario automático) - Se debe completar el FORMULARIO DE CHEQUE PREAUTORIZADO				

FORMULARIO DE CHEQUE PREAUTORIZADO PARA CUMPLIR CON LOS CARGOS INICIADOS POR LA COMPAÑÍA

TÉRMINOS DEL ACUERDO

Tengo una cuenta en la Institución Financiera que figura en el **cheque nulo adjunto**, y el número de la cuenta figura debajo. Tengo fondos suficientes para pagar todos los ingresos de deuda. Autorizo a la Compañía a realizar los pagos de las primas para la póliza/el certificado que figura anteriormente, mediante retiros electrónicos en esta cuenta. Comprendo que los ingresos electrónicos de deuda serán evidencia del pago de las primas para la póliza/el certificado que figura anteriormente, y que los ingresos constituirán mi recibo de la(s) transacción/transacciones. No se considerará que se realizó ningún pago a la Compañía a menos que la Compañía reciba el crédito real. Comprendo que mi pago electrónico directo de la prima mensual será debitado en la fecha de vencimiento de la prima o cerca de esa fecha. La Compañía se reserva el derecho a rechazar o cancelar los servicios de pago electrónico. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que la Compañía la cancele o reciba mi notificación de su cancelación y tenga tiempo suficiente para tomar medidas.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA (escribir en letra de imprenta)

Número de Ruta Bancaria	
Número de Cuenta Bancaria	
Nombre del Titular de la Cuenta	
Número de Teléfono del Asegurado	

Firma del Titular de la Cuenta Bancaria (como aparece en los registros del banco)	Fecha
Firma del Asegurado Primario o Titular	Fecha

Si recientemente realizó un pago con cheque o giro postal, indique la fecha y el monto del pago.

Fecha

Monto

**PARA CUENTAS DE CHEQUES, ADJUNTE UN CHEQUE NULO PARA CUENTAS DE AHORROS,
 ADJUNTE UN DOCUMENTO DEL BANCO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CUENTA**