



Solicitud de Modificación / Cambio de Plan

1. Datos personales

Contratante

Póliza Nro.

Dirección del Contratante

Asegurado(a)

Dirección del/la Asegurado(a)

Teléfono celular

Correo electrónico (personal)*

2. Cambio de plan Para mayor cobertura debe completar la Solicitud de Salud

Solicito cambiar el plan actual a:

Planes Metroblue Internacional

- Ultra Individual
- Premium Individual
- Ejecutivo Individual

Deducible: local / internacional

- \$1,000 / \$10,000
- \$2,500 / \$10,000
- \$5,000 / \$10,000

- Ultra Plus
- Premium Plus
- Ejecutivo Plus

Tipo de plan:

- Vitalicio
- Anual Renovable

Suma asegurada:

- \$1,000,000
- \$2,500,000

Metroblue Plus Deducible (local/internacional)

- \$1,000 / \$10,000
- \$2,500 / \$10,000
- \$5,000 / \$10,000
- \$10,000 / \$10,000
- \$15,000 / \$15,000

Metroblue Plus Desembolso Máximo Anual (local/internacional)

- \$4,000 / \$10,000
- \$5,000 / \$10,000
- \$7,500 / \$15,000
- \$10,000 / \$20,000
- \$12,500 / \$25,000

Planes ASSACare

Plan Local Límite Vitalicio

- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000
- \$300,000
- \$500,000

Plan Internacional Límite Vitalicio

- \$100,000
- \$200,000
- \$300,000
- \$500,000
- \$1,000,000

Planes Locales

ASSA Medic	ASSA Medic Care Suma Asegurada:	Metroblue Ultra Light (Anual Renovable)	
<input type="checkbox"/> Copago <input type="checkbox"/> Deducible	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$75,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$150,000 <input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> \$300,000 <input type="checkbox"/> \$350,000	<input type="checkbox"/> Opción A Suma Asegurada: <input type="checkbox"/> \$300,000 <input type="checkbox"/> \$500,000	<input type="checkbox"/> Opción B Suma Asegurada: <input type="checkbox"/> \$150,000 <input type="checkbox"/> \$300,000 <input type="checkbox"/> \$500,000
		Deducible: <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> Otro	

3. Cambio de forma de pago

<input type="checkbox"/> Descuento directo de tarjeta de crédito Banco _____ Nro. de tarjeta <input type="text"/> <input type="text"/> Tipo de tarjeta <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex Vencimiento Mes _____ Año _____ Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Favor firmar autorización de descuento	<input type="checkbox"/> Descuento bancario ACH Completar formulario de autorización
	<input type="checkbox"/> Pago voluntario (Caja, banca en línea, transferencia bancaria) *En caso de Persona Natural, solo aplica para frecuencia de pago anual.

4. Exclusión de familiar asegurado

Apellido(s)	Nombre(s)	Parentesco	Cédula/Pasaporte

5. Cambio de corredor/a

Si no completas esta sección, se conservarán el corredor y la licencia actuales de la póliza. Podrás solicitar un cambio al finalizar la vigencia actual.

Corredor/a _____	Licencia _____
------------------	----------------

6. Cambio de Contratante de póliza

Se traspa en su totalidad todos los derechos, privilegios y obligaciones.

Contratante anterior _____	
Nuevo Contratante _____	Fecha de nac. (dd/mm/aaa) _____
Cédula _____	Dirección _____
Teléfono _____	R.U.C. _____
	Correo electrónico _____

7. Cambio de Responsable de Pago

La Carta de Renta para declaraciones de gastos médicos, solo serán expedidas a nombre del Contratante de la póliza.

Responsable de pago anterior

Nuevo responsable de pago

Fecha de nac. (dd/mm/aaa)

Cédula

R.U.C.

Teléfono

Correo electrónico

Dirección

Cancelación de Póliza anterior

Solicito la cancelación de la póliza de Salud, por cambio de plan, a partir del

Fecha (dd/mm/aaa)

8. Comentarios

9. Autorizaciones y firmas

Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y tales cambios no estarán en vigor, hasta que esta solicitud sea aprobada por LA COMPAÑÍA.

(Para todo cambio o modificación adjuntar copia de cédula)

“Yo, como firmante, autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio clínico, institución de salud, compañías de seguros, incluyendo cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, que mantengan registro de mi información de salud, historial médico o Expediente Clínico, para que informen, revelen o permitan el acceso a la Compañía de cualquier información que sea requerida. En virtud de lo anterior, renuncio, exonero y relevo del deber de confidencialidad de mi información de salud y de toda restricción impuesta por la ley, al médico, hospital, clínica, laboratorio clínico, institución de salud, compañías de seguros, o cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, y, por tanto, puedan informar, revelar, mostrar o entregar cualquier registro, observación, informe o dato, incluyendo los de carácter personal y confidencial, a la Compañía. También autorizo a la Compañía para solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantenga o llegue a mantener con cualquier agente económico.”

Contratante Actual

Nuevo Contratante

Responsable de Pago actual

Nuevo Responsable de Pago

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____