

DEPARTAMENTO DE SALUD
Solicitud de Cambio de Deducible y/o Plan

Contratante / Asegurado:	Póliza N°:
--------------------------	------------

CAMBIO DE PLAN

Solicito cambiar el plan actual a:

METROBLUE PLUS	ULTRA PLUS (VITALICIO) <input type="checkbox"/>	PREMIUM PLUS (VITALICIO) <input type="checkbox"/>	EJECUTIVO PLUS (VITALICIO) <input type="checkbox"/>		
	ULTRA PLUS (BMA) <input type="checkbox"/>	PREMIUM PLUS (BMA) <input type="checkbox"/>	EJECUTIVO PLUS (BMA) <input type="checkbox"/>		
METROBLUE PLUS BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO	\$ 1,000,000.00 <input type="checkbox"/>		\$ 2,500,000.00 <input type="checkbox"/>		
METROBLUE PLUS DEDUCIBLE	\$1,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$2,500 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$5,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$10,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$15,000 / \$15,000 <input type="checkbox"/>
METROBLUE PLUS DESEMBOLSO MAXIMO ANUAL	\$4,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$5,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$7,500 / \$15,000 <input type="checkbox"/>	\$10,000 / \$20,000 <input type="checkbox"/>	\$12,500 / \$25,000 <input type="checkbox"/>
ASSA MEDIC	COPAGO <input type="checkbox"/>	DEDUCIBLE <input type="checkbox"/>	ASSA MEDIC CARE 250,000 <input type="checkbox"/>	ASSA MEDIC CARE 350,000 <input type="checkbox"/>	

CAMBIO DE DEDUCIBLE

Solicito cambiar el deducible actual a:

PLANES	DEDUCIBLES			
ULTRA	\$1,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$2,500 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$5,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	
PREMIUM	\$1,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$2,500 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$5,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	
EJECUTIVO	\$1,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$2,500 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	\$5,000 / \$10,000 <input type="checkbox"/>	

CANCELACION DE PÓLIZA

Solicito la cancelación de la póliza a partir de:	/ /	Por motivo de:
---	-----	----------------

Convento que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y convento además, en que tales cambios no estarán en vigor, sino hasta que esta solicitud haya sido aprobada por **LA COMPAÑÍA**.

Fecha

Contratante / Asegurado

PARA USO DE ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Fecha de Aprobación e Inscripción

Representante Autorizado