

SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE SEGUROS DE SALUD

Nombre del titular	Número de póliza
---------------------------	-------------------------

1. Cambio de dirección: Residencia Negocio Dirección de envío

Teléfonos: Residencial Negocio Celular

Dirección de correo electrónico: _____

2. Cambio de método de pago (únicamente en el aniversario de la póliza):

Anual Semestral Trimestral Mensual

La modalidad de pago mensual requiere que la póliza sea registrada para pagos automáticos en una de las siguientes formas:

- Deducciones bancarias mensuales a su cuenta de banco. Deben de enviar el pago del primer mes junto con el formulario y los débitos posteriores se harán automáticamente. Las primas serán debitadas mensualmente hasta que sea solicitada la cancelación, la cuenta no tenga fondos para cubrir los gastos o la cuenta se encuentre inactiva.

3. Cambio de deducible (menor a mayor; únicamente en el aniversario de la póliza):

Deducible actual: US-\$ _____ Nuevo deducible: US-\$ _____

4. Cambio de plan (mismo o mayor deducible; únicamente en el aniversario de la póliza):

Plan Ideal: Meridian II Azure Plus

Plan Meridian II a: Azure Plus Ideal

Plan Azure Plus a: Ideal Meridian II

Otro: _____

5. Duplicado de: Póliza Tarjeta de identificación

6. Cambio de nombre (enviar copia de identificación): Titular Cónyuge Dependiente

Nombre previo: _____ Nombre actual: _____

7. Corregir edad (enviar copia de identificación): Titular Cónyuge Dependiente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

8. Cambio de beneficiario:

	Imprima nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	No. de cédula de identidad	%
Beneficiario(s) primario(s)					
Beneficiario(s) contingente(s)					

9. Exclusión de dependientes:

Dependiente a excluir: _____ A partir de: _____

Razón: _____

10. Cambio de titular (enviar copia de cédula para nuevo titular):

Transferir titularidad a: _____ No. de cédula: _____

11. Añadir suplemento (únicamente en el aniversario de la póliza):

Asistencia en viaje

Otro _____

12. Eliminación de suplemento (únicamente en el aniversario de la póliza):

Asistencia en viaje

Otro _____

Estamos de acuerdo en que mi (nuestras) firma(s) que aparece(n) abajo se refiere(n) a cada solicitud señalada en ambos lados de este formulario.

Fecha _____

Firma del titular _____

Firma del nuevo titular _____

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Carrera 11 No. 84 - 09, Oficina 903 Bogotá, Colombia. contactenos@bmicos.com - WEB: www.bmicol.com.co Línea de Servicio al Cliente: 01 800 097 8625
Defensoría del consumidor financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón (defensor principal) / Dr. José Federico Ustáriz (defensor suplente). Cra. 11A No. 96-51
Oficina 203, Bogotá D.C, teléfono 6108161 - correo electrónico: defensoriabmi@legalcrc.com