

Afiliado (s)

TITULAR - Apellidos y Nombres Completos:

Contrato No:

Números de Teléfono:

Casa:

Negocio:

Celular:

Dirección de Domicilio: Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal

1. Cambio de Dirección

Residencia

Negocio

Otra

Teléfonos: Residencia: _____ Negocio: _____ Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

2. Cambio de Método de Pago (Únicamente en Renovación del Contrato)

Anual:

Semestral:

Trimestral:

Mensual:

*El cambio en la forma de pago puede implicar una variación en el costo del contrato

3. Cambio de Plan

Flexiplan a: _____

Sigma a: _____

Infinity a: _____

Hospicare a: _____

Gastos Médicos Mayores a: _____

Plan de Renovación a: _____

Infinity Kids a: _____

Convertibilidad a: _____

4. Cambio de Deducible

Infinity \$250 \$500 \$1.000 \$2.000

Sigma \$250 \$500 \$1.000 \$2.000

5. Exclusión de Dependientes

Dependiente a excluir: _____ A partir de: _____

Dependiente a excluir: _____

Firmado en: _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma del Titular

Firma del Agente