



SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE

Número de póliza	Nombre del asegurado	Nombre del tomador de póliza (si no es el asegurado)
-------------------------	-----------------------------	---

TRANSFERENCIA CAMBIAR DIRECCIÓN RESPONDER A:

Dirección: _____

Teléfonos: Residencial _____ Celular _____ Negocio _____

Dirección de correo electrónico: _____

1. CAMBIO DE BENEFICIARIO

	Imprima nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	No. de cédula de identidad	%
Primario(s)					
Contingente(s)					

2. CLÁUSULA EN CASO DE DESASTRE GENERAL

No efectuar pago de beneficios por fallecimiento hasta después de 30 días de la muerte del asegurado. Si alguno de los beneficiarios fallece antes del periodo de 30 días, efectúe el pago como si el beneficiario hubiese fallecido antes que el asegurado.

3. MÉTODO DE PAGO DE PRIMA (Cambiar método de pago de prima)

Anual Semestral Trimestral Mensual

Cambios a pagos mensuales se realizaran mediante debito a cuentas bancarias.

4. DUPLICADO DE PÓLIZA

Certifico que no he podido encontrar la póliza arriba descrita y además certifico que la póliza no ha sido transferida o empeñada. Solicito la emisión de un duplicado de esta póliza, o certificado de póliza si no hubiera disponible un duplicado para la póliza. Estoy de acuerdo en que (a) en cuanto se emita el duplicado de la póliza o certificado, la póliza original quedará nula y sin valor y, (b) si se encuentra la póliza original, será devuelta inmediatamente a BMI Colombia. Estoy de acuerdo en mantener a la Compañía libre de reclamo o gasto bajo la póliza original.

5. CAMBIO DE NOMBRE

Cambiar el nombre del Asegurado Titular de póliza Beneficiario

De (Favor imprimir nombre anterior) _____ A (Favor imprimir nombre nuevo) _____

Razón del cambio: _____ (Si no es por matrimonio, divorcio o corrección, por favor adjunte evidencia legal)

6. CORREGIR EDAD (Póliza deberá devolverse)

- Asegurado Cónyuge Corregir fecha de nacimiento _____
 (Si el cambio es por una edad menor, presente prueba de nacimiento)
- Deseo continuar con la prima actual, ajustar suma asegurada
- Deseo continuar con la misma suma asegurada, ajustar la prima

7. CAMBIO DE TOMADOR

Transferir titularidad de la póliza a:

Número de cédula de identidad (Favor enviar copia):

Si el nuevo tomador de póliza falleciera, el tomador de póliza será:

- Asegurado Otro _____

Dirección del nuevo tomador de póliza _____

8. PRÉSTAMO SOBRE LA PÓLIZA

- Hacer préstamo sobre la póliza Por la cantidad máxima Cantidad específica \$ _____
- Para pagar primas vencida _____ para póliza número _____

ACUERDO DE PRÉSTAMO

Con referencia al préstamo entregado por BMI Colombia, todo derecho, título e interés en la póliza es asignado a la Compañía como única garantía de la devolución del préstamo con intereses de acuerdo a las cláusulas de la póliza. Certifico que no existe proceso de quiebra, embargo, impuesto u otro derecho de retención o reclamo pendiente en contra del tomador de la póliza.

9. LIQUIDACIÓN PARCIAL DEL VALOR DE RESCATE (Solamente para pólizas de vida universales)

- Cantidad máxima Cantidad específica \$ _____

10. LIQUIDACIÓN TOTAL DEL VALOR DE RESCATE (Póliza deberá devolverse)

Se solicita el valor de rescate de la póliza y éste será aceptado como pago completo y relevo de todo reclamo cubierto bajo la póliza. La solicitud de la entrega de los valores de rescate será efectiva en cuanto se reciba en la Compañía.

- Valor de rescate después de hacer las deducciones por falta de pago, si las hubiere Asignar el valor

de rescate como sigue _____

Certifico que no existe proceso de quiebra, embargo, impuesto u otro derecho de retención o reclamo pendiente en contra del tomador de la póliza.

11. CANCELACIÓN DE ADITAMENTOS (Póliza deberá devolverse)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Devolución de Prima T20 y T30 | <input type="checkbox"/> Muerte Accidental |
| <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización | <input type="checkbox"/> Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad Total |
| <input type="checkbox"/> Muerte, Desmembración e Inhabilitación Accidental | <input type="checkbox"/> Seguro Adicional sobre Asegurado Principal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves | <input type="checkbox"/> Renta Familiar |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente | |

12. SOLICITUD ADICIONAL (Cualquier otro cambio no mencionado arriba)

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 tomador de póliza (si el titular de póliza es una compañía, escriba su título)

Firma del beneficiario irrevocable (si lo hubiese) _____

Firma del nuevo tomador de póliza _____