

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN SEGUROS INDIVIDUALES

<input type="checkbox"/> VIVIR MAS	<input type="checkbox"/> VIVIR MAS 3ª EDAD	<input type="checkbox"/> OTRO	Propuesta / Póliza N°
------------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------

Contratante: Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Nombres		Celular
Asegurado: Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Nombres		Celular

ACTUALIZACIÓN DOMICILIO CONTRATANTE

Domicilio Comercial: Calle	N°	Ofi.	Comuna	Ciudad
Domicilio Particular: Calle	N°	Depto.	Comuna	Ciudad
E-mail:	Teléfono Particular	Teléfono Comercial	Anexo	Domicilio Correspondencia <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Particular

ACTUALIZACIÓN DOMICILIO ASEGURADO TITULAR

Domicilio Comercial: Calle	N°	Ofi.	Comuna	Ciudad
Domicilio Particular: Calle	N°	Depto.	Comuna	Ciudad
E-mail:	Teléfono Particular	Teléfono Comercial	Anexo	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Asegurado

CAMBIO DE MODALIDAD DE PAGO / PERIODICIDAD DE PAGO / ISAPRE

Modalidad de Pago <input type="checkbox"/>	Periodicidad de Pago <input type="checkbox"/>	Indicar Isapre y Plan
1 Descuento Bancario	1 Mensual 3 Semestral	_____
2 Descuento Tarjeta de Crédito	2 Trimestral 4 Anual	_____

TIPO DE MODIFICACION

<input type="checkbox"/> Cambio de Plan <input type="checkbox"/> Modalidad de Pago(*) <input type="checkbox"/> Periodicidad de Pago(*) <input type="checkbox"/> Cambio Isapre <input type="checkbox"/> Incorporación de Carga <input type="checkbox"/> Término Contrato	<input type="checkbox"/> Domicilio Contratante <input type="checkbox"/> Domicilio Asegurado <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Eliminación Asegurado <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____ _____ _____	2. Documentos que se acompañan <input type="checkbox"/> Declaración Personal de Salud <input type="checkbox"/> Mandato Autorización de Cargo <input type="checkbox"/> Autorización Descuento por Planilla <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ _____ _____
--	--	---

FACTURA ¿ Es usted contribuyente de I.V.A.? (Vendedores, Importados y Prestadores de Servicios Afectos a IVA) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿ Como Contratante es empresa Fiscal? (Organismo Fiscal, Servicios de la Administración Pública y Municipalidades) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿ Usted desea factura Electrónica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Completar Formulario de Autorización Voluntaria de Factura Electrónica)
---	--	---

COBERTURAS

	<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Eliminar	(Completar Item Modificación de Prima)
Nombre Asegurado	Relación	RUT	Fecha Nacimiento

OBSERVACIONES

La presente solicitud sólo tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de esta por parte de CLC Seguros S.A. quien se reserva el derecho de aceptar, rechazar o pedir mayores antecedentes para su evaluación.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del contratante

RUT y Nombre

Agencia

Uso Interno

Observaciones del Evaluador	Dictamen sobre Endoso
_____	<input type="checkbox"/> 1. Aceptado <input type="checkbox"/> 2. Rechazado <input type="checkbox"/> 3. Desistido

