



Solicitud de Modificación / Cambio de Plan

1. Datos personales

Contratante

Póliza Nro.

Dirección del Contratante

Asegurado(a)

Dirección del/la Asegurado(a)

Teléfono celular

Correo electrónico (personal)*

2. Cambio de plan Para mayor cobertura debe completar la Solicitud de Salud

Solicito cambiar el plan actual a:

Planes Metroblue Internacional

- ☐ Ultra Individual
- ☐ Premium Individual
- ☐ Ejecutivo Individual

Deducible: local / internacional

☐ \$1,000 / \$10,000 ☐ \$2,500 / \$10,000 ☐ \$5,000 / \$10,000

- ☐ Ultra Plus
- ☐ Premium Plus
- ☐ Ejecutivo Plus

Tipo de plan:

☐ Vitalicio

☐ Anual Renovable

Suma asegurada:

☐ \$1,000,000

☐ \$2,500,000

Metroblue Plus Deducible
(local/internacional)

\$1,000 / \$10,000 ☐ \$2,500 / \$10,000 ☐ \$5,000 / \$10,000 ☐ \$10,000 / \$10,000 ☐ \$15,000 / \$15,000 ☐

**Metroblue Plus Desembolso
Máximo Anual**
(local/internacional)

\$4,000 / \$10,000 ☐ \$5,000 / \$10,000 ☐ \$7,500 / \$15,000 ☐ \$10,000 / \$20,000 ☐ \$12,500 / \$25,000 ☐

Planes ASSACare

Plan Local
Límite Vitalicio

☐ \$100,000 ☐ \$150,000 ☐ \$200,000 ☐ \$300,000 ☐ \$500,000

Plan Internacional
Límite Vitalicio

☐ \$100,000 ☐ \$200,000 ☐ \$300,000 ☐ \$500,000 ☐ \$1,000,000

Planes Locales

ASSA Medic	ASSA Medic Care Suma Asegurada:	☐ Metroblue Ultra Light (Anual Renovable)
☐ Copago	☐ \$50,000 ☐ \$75,000	☐ ASSA Salud Integral (Anual Renovable)
☐ Deducible	☐ \$100,000 ☐ \$150,000	☐ Opción A Suma Asegurada:
	☐ \$250,000 ☐ \$300,000	☐ \$300,000 ☐ \$500,000
	☐ \$350,000	☐ Opción B Suma Asegurada:
		☐ \$150,000 ☐ \$300,000 ☐ \$500,000
		Deducible: ☐ \$500 ☐ \$1,000 ☐ \$2,000 ☐ Otro

3. Cambio de forma de pago

☐ Descuento directo de tarjeta de crédito	☐ Descuento bancario ACH Completar formulario de autorización
Banco	
Nro. de tarjeta	
Tipo de tarjeta	☐ Master Card ☐ Visa ☐ Amex
Vencimiento	Mes Año
Frecuencia de pago	☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual
Favor firmar autorización de descuento	☐ Pago voluntario (Caja, banca en línea, transferencia bancaria) *En caso de Persona Natural, solo aplica para frecuencia de pago anual.

4. Exclusión de familiar asegurado

Apellido(s)	Nombre(s)	Parentesco	Cédula/Pasaporte

5. Cambio de corredor/a

Si no completas esta sección, se conservarán el corredor y la licencia actuales de la póliza. Podrás solicitar un cambio al finalizar la vigencia actual.

Corredor/a	Licencia
------------	----------

6. Cambio de Contratante de póliza

Se traspasa en su totalidad todos los derechos, privilegios y obligaciones.

Contratante anterior	
Nuevo Contratante	Fecha de nac. (dd/mm/aaa)
Cédula	Dirección
Teléfono	R.U.C.
	Correo electrónico

7. Cambio de Responsable de Pago

La Carta de Renta para declaraciones de gastos médicos, solo serán expedidas a nombre del Contratante de la póliza.

Responsable de pago anterior

Nuevo responsable de pago

Fecha de nac. (dd/mm/aaa)

Cédula

R.U.C.

Teléfono

Correo electrónico

Dirección

Cancelación de Póliza anterior

Solicito la cancelación de la póliza de Salud, por cambio de plan, a partir del

Fecha (dd/mm/aaa)

8. Comentarios

9. Autorizaciones y firmas

Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y tales cambios no estarán en vigor, hasta que esta solicitud sea aprobada por LA COMPAÑÍA.

(Para todo cambio o modificación adjuntar copia de cédula)

“Yo, como firmante, autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio clínico, institución de salud, compañías de seguros, incluyendo cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, que mantengan registro de mi información de salud, historial médico o Expediente Clínico, para que informen, revelen o permitan el acceso a la Compañía de cualquier información que sea requerida. En virtud de lo anterior, renuncio, exoneró y relevo del deber de confidencialidad de mi información de salud y de toda restricción impuesta por la ley, al médico, hospital, clínica, laboratorio clínico, institución de salud, compañías de seguros, o cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, y, por tanto, puedan informar, revelar, mostrar o entregar cualquier registro, observación, informe o dato, incluyendo los de carácter personal y confidencial, a la Compañía. También autorizo a la Compañía para solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantenga o llegue a mantener con cualquier agente económico.”

Contratante Actual

Nuevo Contratante

Responsable de Pago actual

Nuevo Responsable de Pago

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____