COSVI
COOPERATIVA DE SEGUROS DE VIDA DE PUERTO RICO

Reiniciar

SOLICITUD DE ENMIENDA O SERVICIO

Nombre del Asegurado o Rentista	Número de Póliza, Contrato o Solicitud

FAVOR DE EFECTUAR LOS CAMBIOS INDICADOS EN LA POLIZA, CONTRATO IRA, ANUALIDAD O SOLICITUD, ARRIBA INDICADA (USE LETRA DE MOLDE)

1 DIRECCION

Cambie la dirección postal a:

_____ _____ _____
PO BOX / URBANIZACION O BARRIO | BLOQ. NUMERO | CALLE

_____ _____ _____ _____
PUEBLO | TEL. RESIDENCIAL | TEL. TRABAJO | ZIP CODE

2 (*) PLAN CANTIDAD

☐ Convertir ☐ Reemplazar ☐ Reducir ☐ Cambiar ☐ Plan a:_____ ☐ Cantidad a:_____
(cuando es solicitud)

En caso de conversión por mayor cantidad de seguro o reemplazos, se requiere solicitud en todas sus partes.

3 (*) ENDOSOS

Se requiere evidencia de asegurabilidad para añadir endosos R.P.P. y MAD

☐ Añadir ☐ Eliminar

☐ Relevo Pago de Prima
☐ Muerte Accidental y Desmembramiento
☐ Otro: _____
(se requiere solicitud de vida en todas sus partes)

4 MODO DE PAGO

Cambie el modo de pago de primas a: (Prima mínima mensual giro bancario $10.00) ☐ Tarjeta de Crédito

☐ Anual _____ ☐ Semestral _____ ☐ Mensual _____ ☐ Giro Bancario _____ ☐ Desc. Nómina _____

5 CONVENIO DE PRESTAMO

Según estipulado en la póliza:

a) Solicito un préstamo por ☐ $ _____ neto ☐ El máximo del valor en efectivo

b) ☐ Deseo acogerme al derecho de préstamo automático para pago de prima. (Si la póliza lo provee).

6 (*) LIQUIDACION

☐ Solicito redimir la póliza por su valor en efectivo neto de acuerdo con las estipulaciones y condiciones de la misma y entiendo que toda cubierta de seguro bajo la póliza cesa al yo elegir esta opción.

7 RETIRO PARCIAL IRA/ANN.

Solicito Retiro parcial por: $ _____

☐ Deseo cheque neto por la misma cantidad del retiro solicitado.
☐ Deseo cheque por la cantidad después de aplicada la penalidad.
☐ Dejar $300 mínimo para mantener el contrato vigente.

8 CAMBIO BENEFI-CIARIO

☐ Eliminar

_____

_____

☐ Añadir Beneficiario (s) como sigue:

_____

_____

9

Use este espacio para otros cambios y servicios requeridos tales como: eliminación o reducción de recargos, reconsideración de riesgos, cambios de edad, cambios en las opciones de liquidación, duplicados de pólizas (indicando razones para el duplicado) y otros.

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

(Conteste todas las preguntas, si alguna en afirmativo, ofrezca detalles en "observaciones")

Desde la fecha del último examen médico (o declaración no-médica) a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico COSVI, el propuesto asegurado. ¿Ha:

1. sufrido cualquier enfermedad, lesión u hospitalización? _____ 2. consultado o sido examinado por un médico_____ 3. resultado positivo a pruebas del HIV o algún otro anticuerpo relacionado al SIDA? _____4. fumado uno o más cigarrillos durante los últimos doce (12) meses anteriores a la fecha de esta solicitud? _____ 5. solicitado seguro que haya sido declinado, pospuesto o modificado ? _____ 6. realizado vuelos como piloto de aviación o intenta realizarlos en el futuro? _____ 7. practicado, practica o espera practicar algún deporte, pasatiempo actividad peligrosa?_____ SOLITANTE FEMENINA: ¿ Está embarazada? _____
Fecha en que espera dar a luz _____ Ocupación actual _____

Observaciones: (Nombre y dirección del médico, etc.)

_____

_____

CERTIFICACION Y AUTORIZACION

Por la presente certifico que todas las declaraciones y contestaciones a las preguntas efectuadas son ciertas y completas; convengo que mi solicitud original y la solicitud para cambio en la póliza se tomarán como base para el cambio solicitado. Autorizo a doctores, hospitales y cualquier otra institución a suministrar a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, cualquier información que puedan tener de mi o de cualquier miembro de mi familia referente a historial médico, atención médica, dictamen u hospitalización. Fotocopia de este formulario se considera aceptable.

Fechada en: _____ Firma del Asegurado _____

Fecha _____ Firma del Beneficiario _____
(Si es beneficiario irrevocable)

Testigo _____ Firma del Solicitante _____
(Agente) Núm. Agente (Si no es el propuesto asegurado)

Cuando el solicitante no sea el propuesto asegurado, dicho solicitante será el dueño de la póliza.

PARA USO DE LA COMPAÑIA SOLAMENTE	APROBADO POR
	FECHA DE EFECTIVIDAD ____ ____ ____ (MES DIA AÑO)

(* SE REQUIERE DEVOLUCION DE LA POLIZA) **ORIGINAL-COMPAÑIA** **COPIA-CLIENTE**

Guardar Imprimir