



# BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.

## SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE SEGUROS DE SALUD

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

### 1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

NOTA. Solo diligenciar si es diferente al Asegurado

Apellido(s) / Nombre(s)		
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)		Número de Teléfono
Dirección de Correo Electrónico		
Empresa donde trabaja		Ocupación
Cargo	Actividad Económica	Código CIU
Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	

### 2. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellido(s) / Nombre(s)		
Domicilio (Calle / Número / Ciudad)		Número de Teléfono
Dirección de Correo Electrónico		
Empresa donde trabaja		Ocupación
Cargo	Actividad Económica	Código CIU
Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	

### 1. CAMBIO DE DIRECCIÓN

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Negocio	<input type="checkbox"/> Dirección de envío
Dirección		
Teléfonos	<input type="checkbox"/> Residencial:	<input type="checkbox"/> Negocio: <input type="checkbox"/> Celular:
Dirección de correo electrónico		

### 2. CAMBIO DE MÉTODO DE PAGO (únicamente en el aniversario de la póliza)

<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual
La modalidad de pago mensual requiere que la póliza sea registrada para pagos automáticos en una de las siguientes formas:			
● Deducciones bancarias mensuales a su cuenta de banco. Deben de enviar el pago del primer mes junto con el formulario y los débitos posteriores se harán automáticamente. Las primas serán debitadas mensualmente hasta que sea solicitada la cancelación, la cuenta no tenga fondos para cubrir los gastos o la cuenta se encuentre inactiva.			

### 3. CAMBIO DE DEDUCIBLE (menor a mayor; únicamente en el aniversario de la póliza)

Deducible actual US-\$	Nuevo deducible US-\$
------------------------	-----------------------

### 4. CAMBIO DE PLAN (mismo o mayor deducible; únicamente en el aniversario de la póliza)

Plan Ideal	<input type="checkbox"/> Meridian II	<input type="checkbox"/> Azure Plus
Plan Meridian II a:	<input type="checkbox"/> Azure Plus	<input type="checkbox"/> Ideal
Plan Azure Plus a:	<input type="checkbox"/> Ideal	<input type="checkbox"/> Meridian II
Otro:		

### 5. DUPLICADO DE

<input type="checkbox"/> Póliza	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación
---------------------------------	--

### 6. CAMBIO DE NOMBRE (enviar copia de identificación)

<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dependiente
Nombre previo		Nombre actual

### 7. CORREGIR EDAD (enviar copia de identificación)

<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dependiente
Nombre		Fecha de nacimiento

8. CAMBIO DE BENEFICIARIO					
	Imprima nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	No. de cédula de identidad	%
Beneficiario(s) primario(s)					
Beneficiario(s) contingente(s)					

9. EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTES	
Dependiente a excluir	A partir de:
Razón:	

10. CAMBIO DE TITULAR (enviar copia de cédula para nuevo titular)	
Transferir titularidad a:	No. de cédula:

11. AÑADIR SUPLEMENTO (únicamente en el aniversario de la póliza)	
<input type="checkbox"/> Asistencia en viaje	
Otro:	

12. ELIMINACIÓN DE SUPLEMENTO (únicamente en el aniversario de la póliza)	
<input type="checkbox"/> Asistencia en viaje	
Otro:	

**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 titular

\_\_\_\_\_  
Firma del nuevo titular