



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