



**SOLICITUD PARA CAMBIO EN EL CONTRATO**

Nombre Asegurado \_\_\_\_\_  
 Número Contrato \_\_\_\_\_  
 Número Seguro Social \_\_\_\_\_

**Rama Judicial de Puerto Rico**  
 No desea Renovar

Corrección de información demográfica: si todo permanece igual, favor dejar en blanco. Solo anotar si hay alguna modificación.

**(CORRECCIONES)**

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel.alterno \_\_\_\_\_

Indique con una "X"

Cubierta	Tipo de Cubierta			Mayor Medical	Vida	Añadir	Excluir	Costo Total Final
	Ind.	Pareja	Familiar					
CLASSIC (RUBI)								\$
PREMIUM I (RUBI)								
PREMIUM II (ORO)				INCLUIDO	INCLUIDO			\$

**\*\*Si marcó Vida, favor de indicar los beneficiarios:**

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento M/D/A			Parentesco	Porcentaje

Indique con una "X" en la Tabla si desea **Añadir dependiente/s** ó **Excluir dependiente/s**

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento M/D/A			Parentesco	Añadir	Excluir

\_\_\_\_\_  
Firma del Suscriptor

\_\_\_\_\_  
Fecha