

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN/MODIFICACIÓN
DE SERVICIOS OPCIONALES**

Fecha:

--	--	--	--	--	--	--

F-NE-010
V.1.6

DATOS DEL CONTRATANTE					
Nombre del Cliente: _____			No. Contrato: _____		
Cédula/RNC: _____		Tel. Res.: _____		Celular: _____	
Tel. Ofic.: _____					
Dirección: _____		Calle: _____		No. Casa/Local _____	
		Edificio: _____		No. Apto: _____	
Barrio/Sector: _____		Municipio/Provincia: _____		Correo electrónico: _____	

SERVICIOS OPCIONALES	INCLUIR	EXCLUIR	MODIFICAR	NOMBRE PLAN/MONTO	PROVEEDOR
Servicios Odontológicos	☐	☐	☐		
Servicios Oftalmológicos	☐	☐	☐		
Ambulancia Terrestre	☐	☐	☐		

SERVICIOS OPCIONALES	INCLUIR	EXCLUIR	MODIFICAR	NOMBRE PLAN/MONTO
Servicios Funerarios	☐	☐	☐	
Ambulancia Aérea	☐	☐	☐	
Asistencia Médica en el Extranjero	☐	☐	☐	
Medicina Ambulatoria	☐	☐	☐	
Segunda Opinión Médica Internacional	☐	☐	☐	
Traslado Médico por Limitación Física o Movilidad Reducida	☐	☐	☐	
Seguro de Vida/Fallecimiento	☐	☐	☐	
-Fallecimiento Accidental y Desmembramiento (MAD)*	☐	☐	☐	
-Pago Anticipado del Capital por Invalidez Total y Permanente (PACI)*	☐	☐	☐	

**El límite/monto de las sumas aseguradas, correspondiente a las coberturas adicionales, deberá ser igual o menor a la cobertura de Vida/Fallecimiento.*

COMENTARIOS