

Formulario de modificación de Coberturas Vida Colectivo

Fecha: ____/____/____

Completar un formulario por Póliza/Certificado

Datos del asegurado

Nombre y Apellido (Asegurado) _____

Cédula de Identidad N°: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Segmento: (Naranja / Personal Bank)

Número de Póliza / Certificado

Modificación de Capital / Cuotas

Coberturas Principales: Fallecimiento (Muerte Natural o Accidental)
Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad – Total y Parcial Permanente por Accidente
Anticipo del 30% de la Suma Asegurada de Muerte en caso de diagnóstico de Enfermedad Terminal
Reembolso de Gastos de Sepelio para el titular.

☐ Aumentar Capital ☐ Disminuir CapitalCapital Actual: _____ Cuota Actual: _____ Moneda ☐ GuaraníesNuevo Capital: _____ Cuota Nueva: _____ ☐ Dólares**En caso de Aumento de Capital, completar la Declaración de Salud.**

Cobertura Opcional. Diagnóstico de Enfermedades Graves: Cáncer, Cirugía de Arterias Coronaria (By Pass);
Infarto al Corazón; Derrame e Infarto Cerebral; Reemplazo de válvula del Corazón.

☐ Incluir Cobertura ☐ Excluir Cobertura ☐ Aumentar Capital ☐ Disminuir Capital

Capital: _____ Capital Actual: _____ Cuota Actual: _____

Cuota: _____ Nuevo capital: _____ Cuota Nueva: _____

En caso de Inclusión de cobertura y/o Aumento de Capital completar la Declaración de Salud.

Cobertura Opcional: Protección Familiar de Sepelio - Cónyuge hasta los 69 años y hasta 2 hijos menores de 18 años

☐ Incluir Cobertura ☐ Excluir Cobertura ☐ Aumentar Capital ☐ Disminuir Capital

Capital: _____ Capital Actual: _____ Cuota Actual: _____

Cuota: _____ Nuevo capital: _____ Cuota Nueva: _____

Cobertura Opcional: Muerte e incapacidad total y permanente del cónyuge.

☐ Incluir Cobertura ☐ Excluir Cobertura ☐ Aumentar Capital ☐ Disminuir Capital

Capital: _____ Capital Actual: _____ Cuota Actual: _____

Cuota: _____ Nuevo capital: _____ Cuota Nueva: _____

Declaro bajo fe de juramento que los datos consignados en este formulario respecto a la póliza y/o certificado de cobertura ha sido expresada de manera libre, consciente y voluntaria, habiendo sido previamente informado de los efectos de la decisión adoptada, sirviendo el presente documento como prueba suficiente de mi consentimiento al respecto. De conformidad con todo lo expresado en el presente documento, solicito se realice la modificación solicitada, que formará parte integrante de la Póliza y/o certificado individual

Firma Cliente Asegurado

Aclaración

#estamoscercatuyo



Contacto Atención
Seguros Tel.: (021) 617 1818



atencion@itauseguros.com.py



Avda Sta Teresa c/ Herminio Maldonado
Paseo La Galería - Torre 2 - Piso 1

Completar solo en caso de Inclusión de Cobertura y/o Aumento de Capital

Declaración de Salud

¿Usa medicamentos continuos, todos los días o periódicos, para el tratamiento o el seguimiento de alguna enfermedad?

Cual

Motivo

¿Ha sido tratado, en algún momento de su vida, o ha tenido alguna indicación conocida de?

Si

No

a) Enfermedades respiratorias como: asma, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema		
b) Enfermedades cardíacas (enfermedad cardiovascular) como: infarto, enfermedad coronaria, problemas de válvulas cardíacas, hipertensión, accidente cerebrovascular, insuficiencia arterial, trombosis?		
c) Tumores malignos (cáncer)?		
d) Enfermedades neurológicas o psiquiátricas como esclerosis múltiple, epilepsia, parálisis/plegia, enfermedad de la neurona motora, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, psicosis, esquizofrenia, depresión, alcoholismo, adicción a las drogas, intento de suicidio?		

En caso de que algún Ítem sea afirmativo, se deberá adjuntar el informe médico (diagnóstico y el estado clínico).

Declaro haber leído el cuestionario que antecede y que las repuestas son verdaderas y como tales las reconozco, aun cuando no estuvieran escritas de mi puño y letra. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, hacen nulo el seguro.

Firma cliente asegurado

Aclaración

Uso interno

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____

Sello verificación firma: _____

Z-00160 V1 11/22

#estamoscercatuyo



Contacto Atención
Seguros Tel.: (021) 617 1818



atencion@itauseguros.com.py



Avda Sta Teresa c/ Herminio Maldonado
Paseo La Galería - Torre 2 - Piso 1