

Formulario de Cambio de Dirección y Medio de Pagos

Fecha: ____ / ____ / ____

Datos del Asegurado

Nombres: _____

Apellidos: _____

C.I.Nº: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

☐ Cambio de Medio de Pago

Solicito el cambio de medio de pago correspondiente al pago de la Póliza de Seguros y/o Certificado Individual

Modificación de la Cta. / TC _____

A la Cta. / TC _____

☐ Todas las Pólizas/Certificados que tengo vigentes☐ Las Pólizas/Certificados: _____***Solo se puede cambiar para una Cuenta o Tarjeta en Nombre del Asegurado**

☐ Cambio de Domicilio

Calle 1: _____

Calle 2: _____

Nº.: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____

☐ Todas las Pólizas/Certificados que tengo vigentes☐ Las Pólizas/Certificados: _____

Declaro bajo fe de juramento que las informaciones indicadas en el presente formulario son completas y veraz, habiendo sido previamente informado de los efectos de dicha solicitud, 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 y que formará parte integrante de la Póliza y/o certificado individual como datos válidos y vigentes a partir de la fecha.

Firma Cliente: _____

Aclaración: _____

Uso Interno Seguros:

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____

Sello verificación firma: _____

SEG-00003 V1 06/2022

#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