

SOLICITUD DE MODIFICACION DE INFORMACION



Utilice este formulario para modificar la información de su póliza. Por favor, escriba con letra de imprenta.

Póliza de Seguro N°

Por favor, marque con una X todas las modificaciones que desee efectuar.

Antecedentes Contratante o Asegurado Principal Antecedentes Beneficiarios
 Antecedentes Asegurados Otras

Antecedentes del Contratante o Asegurado Principal (debe decir)			
R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Dirección		Comuna	Ciudad
Correo electrónico (e-mail)	Teléfono	Fax	

Antecedentes de los Asegurados o Beneficiarios (debe decir)			
Nombre (Paterno, Materno, Nombres)	Fecha Nacim.	Porcentaje*	Parentesco

* Sólo para pólizas con cobertura por fallecimiento

Otras Modificaciones (favor especificar)

Fecha

Firma Contratante

Una vez completo, envíe este formulario a MetLife Chile Seguros de Vida S.A., Agustinas 818, Santiago, o envíelo por fax al (02) 640 1340.
 Dentro de 48 horas nos pondremos en contacto con usted para verificar su solicitud.