

7. Modificar la suma asegurada del Seguro de Vida de mi cónyuge: Suma actual \$ _____ Modificar a:
 \$6,000* \$12,000 \$20,000 \$25,000 \$30,000 \$35,000 \$40,000 \$45,000

8. Excluir la cobertura del Seguro de Vida de mi cónyuge a partir del próximo mes: Suma actual \$ _____

*La suma del Seguro de Vida de \$6,000 tanto para titular como para Cónyuge, es válida únicamente para Certificados emitidos antes del 01.01.2011. Caso contrario la Suma mínima deberá ser de \$12,000.00

Si los cambios solicitados son por incremento o inclusión del Seguro de Vida, cambio del Plan de Gastos Médicos y/o inclusión de Familiares Dependientes en Plan de Gastos Médicos, deberá completar la Declaración de Salud.

En consideración a la presente petición, se conviene por este medio que los cambios indicados constituirán una enmienda a la póliza y formarán parte de la solicitud original y del certificado de seguro emitido. Se conviene también que dicha enmienda no tendrá efecto hasta que la Aseguradora notifique por escrito la aceptación de los cambios y se emita una nueva Carátula y Cuadro de Seguro del Certificado, por lo que antes de firmar deberá leer bien la solicitud, pues ésta forma parte legal de su expediente en la póliza.

Nombre del Asegurado Titular: _____ No. DUI _____

Firma del Asegurado Titular: _____ Fecha: ____/____/____.

NOTA: Si el cambio solicitado es por una inclusión, modificación o eliminación del **SEGURO DE VIDA DEL CONYUGE**, éste formulario deberá ser firmado tanto por el titular como por su cónyuge en las partes correspondientes dando fe de dichas modificaciones. De lo contrario el cónyuge **NO FIRMARÁ**.

Nombre del cónyuge: _____ No. DUI _____

Firma del Cónyuge: _____ Fecha: ____/____/____.

PARA USO EXCLUSIVO DE ASEGURADORA AGRICOLA COMERCIAL, S.A.

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha: ____/____/____.

Resolución: APROBADO DENEGADO Vigencia a partir del: ____/____/____.

OBSERVACIONES: _____