

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PÓLIZAS RIESGOS GENERALES

Fecha de solicitud	Vigencia de la póliza Desde	Hasta	Póliza No.
--------------------	-----------------------------	-------	------------

Tipo de NCF

 Crédito fiscal
 Consumo
 Gubernamental
 Régimen especial

DATOS GENERALES

Nombre del Contratante / Asegurado	Intermediario	Código de intermediario
------------------------------------	---------------	-------------------------

TIPO DE MOVIMIENTO A REALIZAR

<input type="radio"/> Actualización de datos	<input type="radio"/> Cambio de intermediario	<input type="radio"/> Inclusión de local / unidad	<input type="radio"/> Otros:
<input type="radio"/> Cancelación de póliza	<input type="radio"/> Endoso cesión de derechos	<input type="radio"/> Modificación del valor asegurado	
<input type="radio"/> Cancelación de endoso de cesión	<input type="radio"/> Extensión de vigencia	<input type="radio"/> Rehabilitación de póliza	

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

Dirección	Cédula / RNC
-----------	--------------

Teléfono casa	Oficina	Celular	Correo electrónico
---------------	---------	---------	--------------------

CAMBIO DE INTERMEDIARIO

Intermediario entrante	Código (opcional)	Intermediario saliente	Código (opcional)
------------------------	-------------------	------------------------	-------------------

CANCELACIÓN ENDOSO DE CESIÓN

Local / unidad a cancelar cesión

ENDOSO DE CESIÓN

Cesión de derecho a favor de	Sucursal
------------------------------	----------

Monto cedido \$	Ubicación / local cedido
-----------------	--------------------------

EXCLUSIÓN LOCAL / UNIDAD
INCLUSIÓN LOCAL / UNIDAD

Ubicación valor asegurado	Prima Anual
---------------------------	-------------

Dirección del riesgo	Categoría del riesgo <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Primera clase especial <input type="radio"/> Segunda clase
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Valor edificio	Valor existencia	Valor mobiliario	Valor maquinaria	Valor total asegurado
----------------	------------------	------------------	------------------	-----------------------

MODIFICACIÓN DEL VALOR ASEGURADO

<input type="radio"/> Disminución	<input type="radio"/> Aumento	Valor actual \$	Valor modificado \$	Nueva prima anual \$
-----------------------------------	-------------------------------	-----------------	---------------------	----------------------

MODIFICACIÓN DE COBERTURA

Inclusión cobertura (local / unidad)

Exclusión cobertura (local / unidad)

OBSERVACIONES

DECLARACIONES GENERALES

Certifico que las informaciones que anteceden son verdaderas, completas y exactas y que constituyen la base y condición para la tramitación del movimiento solicitado. La compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otra documentación cuando lo estimare necesario para poder efectuar el movimiento solicitado en la póliza en cuestión, tomando en cuenta que dicho formulario esté debidamente aprobado y firmado por el contratante / asegurado según corresponda. Humano Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar el movimiento solicitado.

Firma y sello del solicitante

Firma representante Humano

Fecha de efectividad