



Solicitud de variaciones o gestiones en pólizas de gastos médicos del INS

(Doc. F-09, actualizado 18/08/2015)

Fecha: _____

Señores Instituto Nacional de Seguros.

El (la) suscrito (a), en calidad de asegurado/a titular de la póliza de gastos médicos que se detalla a continuación, me permito solicitar la siguiente variación o gestión:

- 1. Modalidad de contratación: () Colectivo, () Individual, () Otras _____
- 2. Tipo de producto: () INS-Medical Regional, () INS-Medical Internacional Tradicional,
() INS-Medical Internacional Grandes Deducibles, () Plan 16 (¢ _____ millones)
- 3. No. de Póliza: _____ Póliza hija No. _____

4. Gestión (es) solicitadas:

- 4.1. () Reposición de CARNET de _____
- 4.2. () Cambio de forma de pago de la actual _____ a : ___ Anual, ___ Semestral, ___ Trimestral, ___ Mensual.
- 4.3. () Cambio de monto asegurado del actual de _____ a _____
- 4.4. () Exclusión de la póliza de las siguientes personas, a partir de la siguiente fecha _____:

Nombre _____ Parentesco _____
 Nombre _____ Parentesco _____
 Nombre _____ Parentesco _____

- 4.5. () Estado de consumo de gastos médicos de : _____
- 4.6. () Migrar de la presente póliza a : _____
- 4.7. () Copia de expediente médico, reclamo No. _____
- 4.8. () Reportar nuevo número de cuenta cliente: No. _____ Banco: _____
- 4.9. Otras gestiones solicitadas.

Nombre del asegurado: _____ No. Cedula _____

Firma _____ Tel: _____

Para uso de la Oficina de Seguridad Social: _____

Doc. F-09 Act. 18/08/2015