

# Solicitud de Enmienda al Contrato o Cambio de Información

Esta Solicitud de Enmienda al Contrato o Cambio de Información modifica el contrato previamente pactado con Best Doctors S. A. Empresa de Medicina Prepagada (la Compañía) por solicitud del Afiliado Titular en representación de sí mismo y sus dependientes.

## INFORMACIÓN DEL TITULAR DEL CONTRATO

NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CONTRATO

CORREO ELECTRÓNICO

## CAMBIO SOLICITADO

Nombre/Apellido Nuevo<sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_

Frecuencia de Pago: \_\_\_\_\_  Opción dev deducible: \_\_\_\_\_  Plan<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia<sup>(3)</sup>: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Afiliado Titular (para firma electrónica del contrato y envío de correspondencia): \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Adjuntar copia de cédula <sup>(2)</sup> Solo aplica a cambio en disminución de beneficios <sup>(3)</sup> Para cambio de dirección de residencia, adjuntar planilla de servicios básicos. La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional.

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

1. NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

EXCLUIR AFILIADO

RELACIÓN CON EL TITULAR DEL CONTRATO

2. NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

EXCLUIR AFILIADO

RELACIÓN CON EL TITULAR DEL CONTRATO

3. NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

EXCLUIR AFILIADO

RELACIÓN CON EL TITULAR DEL CONTRATO

Si está excluyendo a un afiliado, indicar la razón: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Al firmar, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- a) Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada (la Compañía) se reserva el derecho de aceptar o denegar esta Solicitud de Enmienda al Contrato o Cambio de Información. La cobertura del contrato y los cambios no entrarán en vigor hasta que la Compañía haya recibido el pago total de la cuota y se haya aprobado la solicitud de enmienda.
- b) Mis dependientes y yo, personas a ser cubiertas bajo este contrato, entendemos y estamos de acuerdo en que hemos elegido permitir al agente de registro (Agente) para que tenga acceso a la totalidad de la

información médica y relativa a nuestra salud (pasada, presente y futura) que se facilita a la Compañía o a cualquiera de sus afiliados o subcontratistas.

- c) Declaro que comprendo todo el alcance de los cambios en la cobertura que modifican lo previamente contratado.

Todo lo declarado en esta Solicitud de Enmienda al Contrato o Cambio de Información lo hago bajo juramento, luego de haber leído y comprendido cada pregunta, solicitud y autorización, para constancia de lo cual procedo a firmar de manera libre y voluntaria.

FIRMA DEL TITULAR DEL CONTRATO

FECHA (MM/DD/AAAA)

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

**Importante:** Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta Solicitud de Enmienda al Contrato o Cambio de Información, así como de toda la cuota colectada. Asimismo, declaro que he explicado al Titular del Contrato el alcance de los cambios solicitados.

FIRMA DEL AGENTE

FECHA (MM/DD/AAAA)