

Número de Póliza	Nombre del Asegurado	Nombre del titular de Póliza (si no es el Asegurado)
------------------	----------------------	--

ENVIAR CHEQUE O RESPONDER A:

Dirección _____

FAVOR PROCESAR LO SIGUIENTE:

1. PRESTAMO SOBRE LA POLIZA

- Por la cantidad máxima Cantidad específica \$ _____
 Para pagar primas vencidas _____ para póliza número _____

ACUERDO DE PRESTAMO

Con referencia al préstamo entregado por BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. todo derecho, título e interés en la Póliza es asignado a la Compañía como única garantía de la devolución del préstamo con intereses de acuerdo a las cláusulas de la Póliza.

Certifico que no existe proceso de quiebra, embargo, impuesto u otro derecho de retención o reclamo pendiente en contra del titular de la Póliza.

2. RESCATE PARCIAL

- Cantidad máxima Cantidad específica \$ _____

3. ENTREGA DE VALORES (Póliza deberá devolverse)

Se solicita el valor efectivo de la Póliza, y éste será aceptado como pago completo y relevo de todo reclamo cubierto bajo la Póliza. La entrega será efectiva en cuanto se reciba en la oficina principal de la Compañía y/o Sucursal.

- Enviar cheque del valor efectivo después de hacer las deducciones por falta de pago, si las hubiere
 Asignar el valor efectivo como sigue: _____

Certifico que no existe proceso de quiebra, embargo, impuesto u otro derecho de retención o reclamo pendiente en contra del titular de la Póliza.

4. DIVIDENDOS (Debe completarse para dividendos actuales y futuros)

Se solicita que el actual dividendo anual, dividendo acumulado e interés y/o entrega del valor en efectivo del seguro adicional saldado sean asignados como se indica abajo:

- Pago en efectivo *Reducir o pagar primas

Pagar futuros dividendos anuales como sigue:

- Pago en efectivo *Reducir o pagar primas Acumular con intereses Comprar seguro adicional saldado
(no disponible para pólizas de término)

*No disponible en pólizas donde las primas son pagadas por cheque automático.

5. METODO DE PAGO DE PRIMA

Cambiar método de pago de prima a: Anual Semi-anual Trimestral Cheque automático

6. VALORES GARANTIZADOS U OPCIONES SIN PERDIDA DE TITULO (Póliza deberá devolverse)

Transferir póliza a: Seguro saldado reducido (Beneficios y aditamentos, si los hubiese, serán cancelados)
 Seguro de término extendido

7. DUPLICAR LA POLIZA

Certifico que no he podido encontrar la Póliza arriba descrita y además certifico que la Póliza no ha sido transferida o empeñada. Solicito la emisión de un duplicado de la Póliza, o certificado de póliza si no hubiere disponible un duplicado. Estoy de acuerdo en que (a) en cuanto se emita el duplicado de la Póliza o certificado, la Póliza original quedará nula y sin valor y, (b) si se encuentra la Póliza original, será devuelta inmediatamente a BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. Estoy de acuerdo en mantener a la Compañía libre de reclamo o gasto bajo la Póliza original.

8. CORREGIR EDAD (Póliza deberá devolverse)

- Asegurado Cónyuge Corregir fecha de nacimiento _____
(Si el cambio es por una edad menor, presente prueba de nacimiento)

Deseo continuar con la prima actual, ajustar suma asegurada

Deseo continuar con la misma suma asegurada, ajustar la prima

(FIRMAS EN LA PAGINA SIGUIENTE)

9. CAMBIO DE NOMBRE

Cambiar el nombre del Asegurado Titular de Póliza Beneficiario

De (Favor imprimir nombre anterior)

A (Favor imprimir nombre nuevo)

Razón del cambio: _____ (Si no es por matrimonio, divorcio o corrección, adjunte evidencia legal)

10. CAMBIO DE DIRECCION (Provea nueva dirección)

11. CAMBIO DE PROPIETARIO

Transferir propiedad de la Póliza a:

Número de cédula de identidad (Favor enviar copia):

Si el nuevo titular de Póliza falleciera, el titular de Póliza será:

Asegurado

Otro _____

Dirección del nuevo titular de póliza _____

12. CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cambiar beneficiario como sigue:

Imprima nombre completo

Parentesco con el asegurado

Beneficiario primario

Beneficiario contingente

El beneficio será pagado en partes iguales a los beneficiarios primarios que sobrevivan al asegurado, en caso contrario, el beneficio será pagado en partes iguales a los beneficiarios contingentes que sobrevivan. (Si desea la cláusula en caso de desastre, marque el No. 13). Este cambio cancela cualquier designación de beneficiario previa o convenio.

13. CLAUSULA EN CASO DE DESASTRE GENERAL

No efectuar pago de beneficios por fallecimiento hasta después de treinta (30) días de la muerte del Asegurado. Si alguno de los beneficiarios fallece antes del período de treinta (30) días, efectúe el pago como si el beneficiario hubiese fallecido antes que el Asegurado.

14. CANCELACIONES DE ADITAMENTOS Y/O ACUERDOS (Póliza deberá devolverse)

Cancelar lo siguiente:

Beneficio por muerte accidental

Relevo del pago de prima por incapacidad total

Otro _____

15. SOLICITUD ADICIONAL (Cualquier otro cambio no mencionado arriba)

Estamos de acuerdo en que mi(nuestras) firma(s) que aparece(n) abajo se refiere(n) a cada solicitud señalada en ambos lados de este formulario.

Fecha

Firma del titular de Póliza (Si el titular de Póliza es una compañía, escriba su título)

Firma del beneficiario irrevocable (si lo hubiere)

Firma del nuevo titular de póliza

Registrado por BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. el día _____ de _____ de 20_____

Funcionario autorizado

Nota: La presente solicitud ha sido aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con Resolución No SBS-INSP-2006-152 del 12 de abril del 2006.