Más que un seguro

TOLIC

Trans-Oceanic Life Insurance Company Of America

Solicitud de Cambio de Cubierta

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

Información del Asegurado Principal

Nombre del Asegurado Principal	Seguro Social
Nombre del Pagador	Seguro Social del Pagador
Dirección Postal	Código Postal
Teléfono	E-Mail

Cambio de Cubierta

Favor de marcar el plan al cual desea cambiar su cubierta: ☐ Plan A ☐ Plan B ☐ Plan C ☐ Plan D

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha MM / DD / AAAA

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Firma del Asegurado Principal

Firma del Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: _____ **Fecha:** _____

Email: customerservice@tolic.com
Servicio al Cliente: 1-800-981-8662
Dirección Postal: PO Box 691628, Orlando, Florida 32869