



Ohio National
Seguros de Vida S.A.®

SOLICITUD DE MODIFICACION

Nombre Asegurado _____

Poliza N° _____

Fecha Solicitud _____

Tipo de Cambio : (Marque con una "X" lo que Usted solicita)

Nombre
 Fonasa
 Vía de Pago

Domicilio
 Isapre

RUT
 Otro Cambio

Favor detalle cambio solicitado :

FIRMA ASEGURADO