

## Solicitud de movimientos a la póliza (H-107)

Fecha			Para uso exclusivo de GNP	
día	mes	año	Orden de trabajo	Elaboró

No. de póliza original	No de cobranza (si cuenta con él)	Clave del agente CUA	Contrato	Folio	D.A.
Favor de aplicar los cambios en <input type="checkbox"/> Póliza actual <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Rehabilitación					

### I. Datos generales (\*datos necesarios para la emisión de constancias y facturas)

Cambio de <input type="checkbox"/> Asegurado titular <input type="checkbox"/> Contratante					
<b>Actual</b>	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s) o razón social*
<b>Nuevo</b>	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s) o razón social*
R.F.C.*		CURP (si cuenta con ella)*		Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Estado civil		Ocupación actual		Actividad o giro del negocio donde trabaja	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D				Correo electrónico (si cuenta con él)	
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Definir cargo:					

<b>Domicilio (Fiscal)*</b>					
Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o delegación	Ciudad o población		Entidad federativa	clave	Teléfono

<b>Nombre del representante legal</b> (en caso de ser persona moral)					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	

<b>Domicilio distinto</b> Si alguno de los Asegurados no vive en el mismo domicilio del titular, favor de indicar el nombre, la población y código postal que corresponda					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	C.P.

**Nota:** Un cambio de residencia de Asegurados puede implicar un cambio de tarifa.

### Modificación datos generales Asegurados

<b>Actual(es)</b>					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	Fecha de nacimiento
					Sexo
					Fecha de antigüedad
<b>Nuevo(s)</b>					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	Fecha de nacimiento
					Sexo
					Fecha de antigüedad

**Nota:** Para la corrección de nombre, clave de sexo y fecha de nacimiento es necesario presentar copia del acta de nacimiento e identificación oficial con los datos.

### II. Cancelación de póliza, alta y/o baja de Asegurados

<input type="checkbox"/> Cancelación de póliza					
Causa					
<input type="checkbox"/> Alta / baja de uno o más Asegurados					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	Fecha de nacimiento
					Alta
					Baja
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

**Nota:** En caso de recién nacido, cumpliendo con políticas de aceptación, anexar copia del acta de nacimiento o constancia de alumbramiento. Cualquier otro tipo de alta, favor de anexar Solicitud de Seguro.

### III. Cambios de plan y cobertura (sólo en renovación)

Plan	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro	Círculo Médico
------	----------------	-----------	-----------	----------------

**Nota:** Es importante tener en cuenta las políticas de cambio de plan para evaluar la necesidad de anexar Solicitud de Seguro. En caso de solicitar un cambio de plan, considere que si existen reclamaciones abiertas, el pago de las mismas se realizará de acuerdo a las condiciones de cobertura básica, suma asegurada y tabulador médico, que resulte menor de entre el nuevo plan y el anterior, y el deducible; y coaseguro que resulte mayor entre el nuevo plan y el anterior.

