

Solicitud de cambios (H - 107)

No. de póliza	Fecha		
	día	mes	año

Datos del contratante persona física			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
R.F.C. (letras, año, mes, día, homoclave)		CURP (si cuenta con ella)	Código cliente (si cuenta con él)
Nacionalidad	Profesión u ocupación	Actividad o giro del negocio donde trabaja	Estado de nacimiento (Obligatorio Vida Inversión)
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?		Definir cargo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación o parentesco con el Asegurado

Contratante (en caso de existir como persona moral)		
Razón social	Giro mercantil, actividad u objeto social	Código cliente (si cuenta con él)
R.F.C. (letras, año, mes, día, homoclave)	Correo o página de internet (si cuenta con ella)	

Domicilio del contratante (persona física o moral)				
Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Delegación o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	País	clave Teléfono

Nombre del representante legal		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)

Datos del Asegurado en caso de ser diferente al contratante			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
R.F.C. (letras, año, mes, día, homoclave)			

I. Rehabilitaciones	
<input type="checkbox"/> Rehabilitación sin cambios	Rehabilitación con cambios
<input type="checkbox"/> Rehabilitación con inclusión de beneficios	Nuevo plan _____
Para este trámite deberán anexarse los formatos correspondientes, según sea el caso: Cuestionario de rehabilitación y Solicitud para agregar beneficios adicionales.	

II. Cambios de plan		
Nuevo plan	Plazo	Si aplica cobertura <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

III. Movimientos financieros	
Retiros de inversión	<input type="checkbox"/> Total \$ _____
<input type="checkbox"/> Parcial \$ _____	
<input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retiro \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo de Protección \$ _____

Si aplica de acuerdo a políticas de egresos, para transferencias bancarias indique:			
CLABE bancaria	Sucursal	Plaza	Nombre del Banco

Retiros para pago de prima		Rescates	Préstamos
<input type="checkbox"/> De Vida Póliza No. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A cuenta por \$ _____
<input type="checkbox"/> De otros ramos Póliza No. _____			<input type="checkbox"/> Máximo

IV. Inclusión / exclusión de beneficios adicionales	
<input type="checkbox"/> Incluir beneficios adicionales (requisitar solicitud para agregar beneficios y cláusulas adicionales, excepto para la cobertura "Muerte Accidental del Contratante")	<input type="checkbox"/> Excluir beneficios adicionales (Excepto para la cobertura "Muerte Accidental del Contratante")
Beneficio(s) _____	Beneficio(s) _____

V. Beneficiarios	
Nota importante: El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.	representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.
Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas,	La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cambio de beneficiarios					
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento
				%	día mes año
				%	día mes año
				%	día mes año

Nota: Para cambio en esta sección, para las pólizas de Vida Inversión, será necesario nuevo convenio de servicios electrónicos, nuevo registro a internet y cambio de cuenta de cheques a nombre del Contratante o Asegurado de la póliza.

VI. Contratante persona física Alta Baja Cambio

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Código cliente (si cuenta con él)
------------------	------------------	-----------	---	-----------------------------------

R. F. C. <small>letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)</small>	CURP (si cuenta con ella)	Estado de nacimiento (Obligatorio Vida Inversión)
---	---------------------------	---

Nacionalidad	Profesión u ocupación	Actividad o giro del negocio donde trabaja	Correo electrónico (Obligatorio Vida Inversión)
--------------	-----------------------	--	---

¿El contratante 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:	Relación o parentesco con el Asegurado
---	---	----------------	--

Domicilio

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
-------	--------------	--------------	---------	------

Delegación o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	Páís	clave	Teléfono
------------------------	--------------------	--------------------	------	-------	----------

Contratante (en caso de existir como persona moral) Alta Baja Cambio

Razón social	Giro mercantil, actividad u objeto social	Código de cliente
--------------	---	-------------------

R. F. C. <small>letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)</small>	Correo o página de internet (si cuenta con ella)
---	--

Domicilio

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
-------	--------------	--------------	---------	------

Delegación o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	Páís	clave	Teléfono
------------------------	--------------------	--------------------	------	-------	----------

Nombre del representante legal

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

VII. Otros cambios

Comprobación de edad (es necesario presentar documento fehaciente)

Corregir nombre del asegurado. Debe decir: _____

Reconsideración de extra prima

Otros cambios _____

Favor de indicar la información que se anexa a esta solicitud para llevar a cabo el trámite

Para el trámite solicitado hago el depósito de \$	<input type="checkbox"/> En efectivo <input type="checkbox"/> Cheque No. _____	Banco
---	--	-------

Ingresado en oficina	Folio	Fecha <small>día mes año</small>
----------------------	-------	----------------------------------

<input type="checkbox"/> Cuestionario firmado por el asegurado	<input type="checkbox"/> Exámen médico
<input type="checkbox"/> Solicitud para agregar beneficios y cláusulas adicionales	<input type="checkbox"/> Muestra de orina
<input type="checkbox"/> Póliza para canje	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma
<input type="checkbox"/> Contrato de préstamo firmado por el asegurado o contratante	<input type="checkbox"/> Muestra de sangre
<input type="checkbox"/> Finiquito firmado por el asegurado y/o contratante si lo hubiera	<input type="checkbox"/> Prueba de ELISA
<input type="checkbox"/> Solicitud de rehabilitación	<input type="checkbox"/> Prueba de Saliva Test
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Datos del Agente

Clave	Zona	Nombre	Firma
-------	------	--------	-------

Para proceder a la entrega de la póliza, la Compañía debe contar con la documentación cotejada conforme a lo dispuesto en el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

_____ Nombre y firma del Asegurado (1)	_____ Nombre y firma del Asegurado (2)
_____ Nombre y firma del contratante	_____ Firma del nuevo contratante (Sólo para cambio de contratante)

Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones 5227 3503