

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
---	---	---------------

Domicilio

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

Delegación o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	País	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	País	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