

Marque únicamente los conceptos que desee modificar.  
Indique cómo debe quedar su póliza.

**Fecha:**  
Día      Mes      Año

**Póliza No.:**

Contratante:

Asegurado Titular:

**Plan Solicitado.** Marque el recuadro que corresponde al Plan al que desea cambiarse.

Si su cambio es al plan Gastos Médicos Multiprotección, es necesario que envíe nuevamente la Solicitud Única GA-087 (sección Gastos Médicos y Cuestionarios), debidamente requisitada y firmada.

Plan	Nivel Hospitalario					Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro %
	360	270	180	90	45			
<input type="checkbox"/> <b>Gastos Médicos Plus</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Sin Límite	\$ MN	
<input type="checkbox"/> <b>Gastos Médicos Multiprotección</b>	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	Sin Límite	\$ MN	10 %
<input type="checkbox"/> <b>Gastos Médicos Internacional</b>	<input type="checkbox"/> 11					1,000,000 USD	\$ USD	10 %
<input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	<input type="checkbox"/> 12					\$	\$	%

**Requisitos:** Cuestionario de Estado Actual de Salud clave AI-222, debidamente requisitado y firmado.

**Disponibilidad del Cambio:** únicamente en la renovación de la póliza.

**Condiciones Solicitadas.** Marque los recuadros que correspondan al movimiento que requiere y en la línea indique el monto o porcentaje que solicita.

<input type="checkbox"/> * Decremento de Deducible _____	<input type="checkbox"/> Incremento en Deducible _____
<input type="checkbox"/> * Decremento de Coaseguro _____	<input type="checkbox"/> Incremento en Coaseguro _____

**Requisitos:** para las opciones marcadas con (\*), anexar Cuestionario de Estado Actual de Salud clave AI-222, debidamente requisitado y firmado.

**Disponibilidad del Cambio:** únicamente en la renovación de la póliza.

**Beneficios Adicionales.** ( **A** = Alta, **B** = Baja )

A	B		A	B	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cobertura Elite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extensión de Cobertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programa Cliente Especial (sólo planes nacionales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos en un _____% (5 a 100%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vida en Vida. Suma Asegurada: \$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paquete Beneficios Adicionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y Dependientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dinero en Efectivo. Monto: \$ _____, periodo de espera ____ (s/n)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cobertura Tradicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y Dependientes

**Requisitos:** en caso de que requiera contratar una Cobertura Adicional, favor de anexar Cuestionario de Estado Actual de Salud clave AI-222, debidamente requisitado y firmado.

**Disponibilidad del Cambio:** en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

**Beneficios Adicionales.** Aplica únicamente para el Paquete de Beneficios Adicionales y Vida en Vida.

Nombre Completo del Asegurado (Nombre(s), Apellido Paterno y Materno )	Nombre Completo del Beneficiario (Nombre(s), Apellido Paterno y Materno )	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Forma de Pago

- Mensual       Semestral       Cobranza por Agente  
 Trimestral       Anual       Cargo Automático a Tarjeta de Crédito

**Requisitos:** si se solicita Cargo Automático a Tarjeta de Crédito, anexar Carta Autorización para Cargo Automático en Tarjeta de Crédito, clave CV-060.

**Disponibilidad del Cambio:** en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

## Altas

Nombre (Nombre(s), Apellido Paterno y Materno )	Sexo (M / F)	Parentesco con el Asegurado Titular	Fecha de nacimiento		
			Día	Mes	Año
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_	_	_ _ _
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_	_	_ _ _
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_	_	_ _ _

**Requisitos:** para solicitantes menores de un año de edad, cuya madre tenga asegurada menos de 10 meses con AXA, y las altas solicitadas después de los 30 días de nacido, anexar la Solicitud Única GA-087 (sección Gastos Médicos y Cuestionarios), debidamente requisitado y firmado, y certificado de buena salud del pediatra. Si se solicita alta de Cónyuge, anexar la Solicitud Única GA-087 (sección Gastos Médicos y Cuestionarios), debidamente requisitado y firmado.

**Disponibilidad del Cambio:** en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

## Bajas

Nombre (Nombre(s), Apellido Paterno y Materno )	Sexo (M / F)	Parentesco con el Asegurado Titular	Fecha de nacimiento		
			Día	Mes	Año
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_	_	_ _ _
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_	_	_ _ _
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_	_	_ _ _

**Disponibilidad del Cambio:** en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

## Modificación a Datos de la Póliza

- Nombre  
Dice: \_\_\_\_\_ Debe decir: \_\_\_\_\_
- Parentesco con el Asegurado Titular: Nombre del Dependiente \_\_\_\_\_  
Dice: \_\_\_\_\_ Debe decir: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: Nombre \_\_\_\_\_  
Dice: \_\_\_\_\_ Debe decir: \_\_\_\_\_
- Sexo \_\_\_\_\_  
Dice: \_\_\_\_\_ Debe decir: \_\_\_\_\_
- Contratante \_\_\_\_\_
- R.F.C. \_\_\_\_\_
- Cambio de Domicilio \_\_\_\_\_
- Otros: Por favor especifique \_\_\_\_\_  
Dice: \_\_\_\_\_ Debe decir: \_\_\_\_\_

**Requisitos:** si el cambio de domicilio es a otro Estado de la República Mexicana, se solicitará comprobante de domicilio a nombre del Asegurado Titular.

**Disponibilidad del Cambio:** en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

## Cobertura Internacional por Viaje de Estudios. *Viaje al extranjero por motivos de estudio por más de tres meses y hasta 12 meses.*

Nombre _____	Parentesco _____
¿Qué cobertura desea durante su estancia en el extranjero?	
<input type="checkbox"/> Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)	<input type="checkbox"/> Cobertura Elite 1,000,000 USD
	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Internacional 1,000,000 USD
Suma Asegurada: _____ USD	
Deducible: _____ USD	
Coaseguro: 10 %	10 %

**Requisitos:** Comprobante de estudios y cuestionario de Estado Actual de Salud clave AI-222, debidamente requisitado y firmado.

**Disponibilidad del Cambio:** en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

## Datos del Agente *(Para aspectos internos de la Compañía)*

Nombre del Agente _____	No. de Agente _____	Centro de Contribución _____	No. de Promotor _____
Observaciones _____	Firma del Contratante _____	Firma del Asegurado Titular _____	Firma del Agente _____