



Solicitud de Cambio de Póliza

Lugar _____ Fecha _____

Nombre del Asegurado _____

Nombre del Contratante _____

Número de Agente _____ C. de Costo _____ Póliza No. _____

El contratante de la póliza en referencia solicita a AXA Seguros, S.A. de C.V., que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes especificaciones:

Modificación a efectuar:

Tipo de Póliza: Gamma Flex _____ Línea Life _____ Flexible _____ Tradicional _____ Otra (Especificar) _____

- | | |
|---|---|
| <p>1 <input type="checkbox"/> Modificación / Cambio de Nombre</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Cambio Contratante</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Cambio Beneficiario</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Cambio de Forma de Pago:
De: _____ a: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recargo por Pago Fraccionado:
<input type="checkbox"/> Actualizable Anualmente (Sólo Tradicionales)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Cambio y/o Comprobación de Edad</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Reconsideración de Dictamen
Cambio de Extraprima
(Especificar Actividad)</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Modificación de Suma Asegurada
De: _____ a: _____</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Modificación de Beneficios Adicionales
Inclusión: _____
Exclusión: _____</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Cambio de Plan
De: _____ a: _____</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Modificación de Opción de Incrementos
De: _____ a: _____</p> | <p>12 <input type="checkbox"/> Cambio de Intención de Pago/ Plazo
Estimado de Pago de Prima
De: _____ a: _____</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Inclusión /Exclusión de Asegurados</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Duplicado de Póliza</p> <p>15 <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Rescate</p> <p>17 <input type="checkbox"/> Préstamo</p> <p>18 <input type="checkbox"/> Retiro del Fondo: _____</p> <p>19 <input type="checkbox"/> Seguro Saldado</p> <p>20 <input type="checkbox"/> Seguro Prorrogado</p> <p>21 <input type="checkbox"/> Aportaciones a Fondos
Fondo: _____
Monto: _____</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Inclusión de Contratante Sustituto</p> <p>23 <input type="checkbox"/> Inclusión de Carta de Instrucciones</p> <p>24 <input type="checkbox"/> Cambio de conducto de pago</p> <p>25 <input type="checkbox"/> Cambio de porcentaje de asignación de Fondos</p> <p>26 <input type="checkbox"/> Aportaciones y Retiros Parciales a Fondos Indexados</p> <p>27 <input type="checkbox"/> Otros (Especificar): _____</p> |
|---|---|

Detalle de las modificaciones a efectuar _____

NOTA: Para todos los trámites mencionados se requiere firma del Asegurado, Contratante y anexar en su caso los documentos señalados al reverso.

Observaciones: _____

Beneficiarios

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 deben designarse tutores, albaceas, representante de herederos y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Solicito que cambien a partir de esta fecha los beneficiarios de mi póliza bajo referencia a quedar como sigue:

Nombre(s) de (los) Beneficiario(s)	Parentesco con el Asegurado	% de Participación

Nombre Consultor _____

Financiero clave no. _____ Branch _____

Convengo en que la presente solicitud formará parte de la documentación contractual de mi seguro, asimismo quedo conforme en que las condiciones que aparecen en la póliza relativa, a excepción de las presentes modificaciones, quedarán sin alteración.

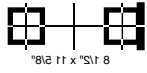
Firma Contratante

Firma Asegurado

Firma Promotor

Firma Agente

NOTA IMPORTANTE: En caso de que la póliza sea Flexible Familiar y se requiera alguna modificación a nivel asegurado, se deberá elaborar una Solicitud de Cambio en Póliza para cada uno, especificando de qué asegurado se trata.



Requisitos		Solicitud de Póliza VI-130-0 VI-001-3	Acta de Nacimiento o Pasaporte	Recibo de Pago	Cambio de Solicitud en Póliza ZA-011-6	Carta Petición	Pruebas de Asegurabilidad	Cuestionario de acuerdo al Riesgo	Carta Autorización para cargo automatico en tarjeta de crédito CV060	Autorización para cobranza forma AC_BC (Línea Universal-AXA) VI-277-0
1	Modificación / Cambio de Nombre		X		X					
2	Cambio de Contratante				X	X				
3	Cambio de Domicilio				X					
4	Cambio de Beneficiario				X					
5	Cambio Forma de Pago			X	X					
6	Cambio y/o Comprobación de Edad		X		X					
7	Reconsideración de Dictamen Cambio de Extraprima (Especificar Actividad)				X			X		
8	Modificación de Suma Asegurada	X			X		X			
9	Modificación de Beneficios Adicionales	X			X		X			
10	Cambio de Plan			X	X		X			
11	Modificación de Opción de Incrementos	X		X	X		X			
12	Cambio de Intención de Pago / Plazo Estimado de Pagos de Primas				X					
13	Inclusión / Exclusión de Asegurados	X			X		X			
14	Duplicado de Póliza				X					
15	Estado de Cuenta				X					
16	Rescate				X					
17	Préstamo				X					
18	Retiro del Fondo				X					
19	Seguro Saldado				X					
20	Seguro Prorrogado				X					
21	Aportaciones a Fondos			X	X					
22	Inclusión de Contratante Sustituto				X					
23	Inclusión de Carta de Instrucciones				X					
24	Cambio de conducto de pago				X				X	
25	Cambio de porcentaje de asignación de Fondos				X					
26	Aportaciones y Retiros Parciales a Fondos Indexados				X					

NOTA : La Presente relación es una ayuda para dar un mejor servicio; sin embargo si el área de selección y de servicio a asegurados solicita mayor información para realizar el cambio, se deberá proveer la misma.

Actualice su domicilio : Calle y No. _____ Colonia _____ Estado _____ C. P. _____
 Población _____ Tel. _____