

1 Contratante o Asegurado Titular

Nombre: _____ <small>Apellido</small> <small>Nombre</small>	No. de Póliza :
--	-----------------

2 Detalle del Cambio Solicitado

CAMBIO DE PLAN * Disponibilidad del Cambio únicamente en año póliza

Plan Actual _____ Plan Solicitado _____

Requisitos: En caso de que se requiera un deducible menor o que los beneficios aumenten es necesario adjuntar la solicitud de Gastos Médicos Mayores completamente requisitado.

CAMBIO DE FORMA DE PAGO * Disponibilidad del Cambio únicamente en año póliza

Anual Semestral Trimestral

Para los productos IHI México solo aplican las formas de pago Anual y Semestral.

CAMBIO DE CONTRATANTE Y/O DOMICILIO FISCAL

Nombre: _____
Apellidos Nombres(s) Inicial

Dirección Fiscal: _____

R.F.C.: _____

Requisitos: El Art. 140 completo. Para actualización de domicilio fiscal es necesario que adjunten copia del aviso ante la SHCP / copia de identificación del contratante.

BAJA DE DEPENDIENTES

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____
Apellido Nombre Mes / Día / Año

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____
Apellido Nombre Mes / Día / Año

CANCELACIÓN DE PÓLIZA (marque con una "x")

Motivos: _____

Nota: El reembolso de las primas se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de la póliza de su plan contratado.

CANCELACIÓN DE BENEFICIOS ADICIONALES

Endoso de Maternidad Transplante de Organos Piloto Privado

CORRECCIONES A LA PÓLIZA

En este punto deben indicarnos si alguno de los datos solicitados está incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.

Corrección a realizar _____

Por medio del presente formato el contratante solicita a BUPA México Compañía de Seguros S.A. de C.V., apliquen los cambios a la relación contractual solicitados anteriormente. Así mismo, el contratante de la póliza conviene que el presente formato formará parte de la documentación contractual de su póliza y dichas modificaciones solicitadas tendrán vigencia una vez que la compañía las acepte y las haga constar en su póliza.

BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V. SE RESERVA EL DERECHO DE ACEPTAR LOS CAMBIOS PLANTEADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD.