

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"/> Gastos Médicos Plus	<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"/> Gastos Médicos Multiprotección	<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"/> Gastos Médicos Internacional	<input type="checkbox"/> 11					1,000,000 USD	\$ USD	10 %
<input type="checkbox"/> Otro	<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)	Suma Asegurada: <input type="checkbox"/> Cobertura Elite 1,000,000 USD
	Deducible: _____ / _____ USD
	Coaseguro: 10 %
	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Internacional 1,000,000 USD
	10 % / _____ USD

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