



## Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

**Nota importante:** para cualquier cambio, es necesario que consultes con tu agente los procesos vigentes de selección y emisión.

Información de la Póliza					
Número de Póliza	Fecha de solicitud	Día	Mes	Año	
					Folio Pegaso
Nombre del Asegurado Titular					
Nombre del Contratante					
Cancelación de la Póliza					
Número de Póliza	A partir de qué fecha se cancela	Día	Mes	Año	
Motivo de la cancelación					
Cambios en datos de la Póliza					
Contratante	Dice	Debe decir			
Nombre					
Parentesco con el Asegurado Titular					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					
Asegurado titular	Dice	Debe decir			
Nombre					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					

AI-333-JUNIO 2021



## Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Otros Asegurados (dependientes)	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno del Asegurado (obligatorio)	Dice	Debe decir
Nombre			
Parentesco con el Asegurado Titular			
Fecha de nacimiento			
Sexo			
Otro (especificar)			
<b>Altas de Asegurados</b>			
<b>Solicitante 1</b>			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Parentesco con el Asegurado Titular
RFC (con homoclave)		CURP	Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	Día Mes Año	Nacionalidad
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión
Correo electrónico			
<b>Domicilio</b>			No. exterior
Calle			No. interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad
		Estado	
Tel. particular		Tel. oficina	Tel. celular
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>			
<b>Domicilio en país de origen</b>		No. exterior	No. interior
Calle		Colonia	Código postal
Población o ciudad	Estado	País	Teléfono



## Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Altas de Asegurados							
<b>Solicitante 2</b>							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					Parentesco con el Asegurado Titular		
RFC (con homoclave)			CURP		Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)		
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa			Día	Mes	Año
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Correo electrónico							
<b>Domicilio</b> Calle					No. exterior	No. interior	
Colonia		Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad	Estado	
Tel. particular			Tel. oficina		Tel. celular		
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>							
<b>Domicilio en país de origen</b> Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal	
Población o ciudad		Estado		País	Teléfono		
Altas de Asegurados							
<b>Solicitante 3</b>							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					Parentesco con el Asegurado Titular		
RFC (con homoclave)			CURP		Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)		
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa			Día	Mes	Año
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Correo electrónico							
<b>Domicilio</b> Calle					No. exterior	No. interior	
Colonia		Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad	Estado	
Tel. particular			Tel. oficina		Tel. celular		
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>							
<b>Domicilio en país de origen</b> Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal	
Población o ciudad		Estado		País	Teléfono		



## Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Bajas de Asegurados					
<b>Asegurado 1</b>					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular
<b>Asegurado 2</b>					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular
<b>Asegurado 3</b>					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular
Cambio de Contratante					
<b>Nuevo Contratante</b>					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
RFC (con homoclave)		CURP		Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	Día	Mes	Año	Firma Electrónica Avanzada (FIEL)
Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil	
Ocupación o profesión		Correo electrónico			
<b>Domicilio</b> Calle				No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular		Tel. oficina		Tel. celular	
<b>Para personas morales</b>					
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)					
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>					
<b>Domicilio en país de origen</b> Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono	





**Nota importante (continuación)**

Se previene al Contratante y al Solicitante que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de firmar la solicitud en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del integrante o, en su caso, del beneficiario, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Firma del Contratante o Asegurado Titular	Firma del agente	Firma del nuevo Contratante (en caso de nuevo Contratante se requiere la firma adicional del Contratante anterior)	Lugar y fecha

**La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CGEN-S0048-15-24 con fecha del 22 de octubre 2014.**