Solicitud de Cambios en la Póliza Individual de Gastos Médicos Mayores

(POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA)

1 Contratante o Asegurado Titular

Nombre: _____
Apellido Nombre

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 lo 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 Nombre(s) Inicial

Dirección Fiscal: _____

_____ R.F.C.: _____

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

BAJA DE DEPENDIENTES

Fecha de Nacimiento :

Nombre: _____ / _____ / _____
Apellido Nombre Mes Día Año

Fecha de Nacimiento :

Nombre: _____ / _____ / _____
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 esta incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc. (anexar documento que respalde la corrección, en el caso de información del asegurado)

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.

_____ _____/_____/_____ _____

Nombre y Firma del Contratante *Fecha* *Nombre y Firma del Asegurado Titular*