



**SOLICITUD DE MOVIMIENTOS
PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y ACCIDENTES PERSONALES**

Código de Barras

Instrucciones: Esta solicitud debe ser llenada con letra de molde - legible en tinta negra. Debe de llenarse un formato de estos por cambio solicitado.

Importante: Algunos de los cambios solicitados podrían requerir que por parte del asegurado se cubran requisitos adicionales y/o impacten el monto de la prima a pagar.

Fecha	DD/MM/AAA
N° Póliza	
Certificado	

DATOS CONTRATANTE o ASEGURADO TITULAR

Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social.

MODIFICACIONES SOLICITADAS

Solicito que la póliza en referencia sea modificada según las presentes indicaciones:

1-00	Actualización Datos Generales	3-00	Alta - Baja Asegurado (s)
1-001	Contratante <input type="checkbox"/>	3-001	Alta de Asegurado (s) <input type="checkbox"/> Anexar Solicitud de Seguro
1-002	Asegurado Titular <input type="checkbox"/>	3-002	Alta de Certificado (s) <input type="checkbox"/> Anexar Solicitud de Seguro
1-003	Dependientes <input type="checkbox"/>	3-003	Baja de Asegurado (s) <input type="checkbox"/>
2-00	Modificaciones Generales <input type="checkbox"/>	3-004	Baja de Certificado (s) <input type="checkbox"/>
2-001	Cambio de Beneficiario (s) <input type="checkbox"/>	4-00	Duplicado <input type="checkbox"/>
2-002	Reconocimiento de Antigüedad (Anexar Documentación) <input type="checkbox"/>	5-00	Cancelación a Solicitud <input type="checkbox"/>

1- 00 Actualización de Datos Generales (Marque con una X el dato que requiere se modifique o actualice en su póliza según lo haya seleccionado para el Contratante o Asegurado Titular o Dependientes).

Nombre <input type="checkbox"/>	Nacionalidad <input type="checkbox"/>	Estatura <input type="checkbox"/>	Giro o Actividad <input type="checkbox"/>	Tel. Celular <input type="checkbox"/>
RFC <input type="checkbox"/>	CURP <input type="checkbox"/>	Peso <input type="checkbox"/>	Tel. Oficina <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico <input type="checkbox"/>
Profesión u Ocupación <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/>	Estado Civil <input type="checkbox"/>	Tel. Particular <input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>

Descripción de la actualización solicitada:

2-001 Cambio de Beneficiarios

Código Solicitante	Asegurado titular: Titular	Dependiente 1:	Dependiente 2:	Dependiente 3:	Dependiente 4:	Dependiente 5:	Dependiente 6:
Indique el código de asegurado		Nombre De Nuevo Beneficiario (s):			Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Participación

2-002 Reconocimiento de Antigüedad (Anexar documentación según tramite)

Fecha de Antigüedad en la otra compañía:				Compañía	N° de Póliza	Fecha de Antigüedad en la otra compañía:				Compañía	N° de Póliza
DD	MM	AAAA	DD			MM	AAAA				
Asegurado Titular						Dependiente 4					
Dependiente 1						Dependiente 5					
Dependiente 2						Dependiente 6					
Dependiente 3											

3-001 Alta Asegurado (s) - Anexar Solicitud de Seguro

Nombre (s)- Apellido Paterno - Apellido Materno	Fecha Alta DD/MM/AAA

3-002 Alta Certificados (s) - Anexar Solicitud de Seguro

Nombre (s)- Apellido Paterno - Apellido Materno	Fecha Alta DD/MM/AAA



3-003 Baja Asegurado (s)		3-004 Baja Certificados (s): Favor de indicar - N° del certificado (s) de los cuales se solicita la baja		
Nombre (s)– Apellido Paterno – Apellido Materno	Fecha Baja DD/MM/AAAA	N° de certificado	Nombre completo del titular del certificado	Fecha Baja DD/MM/AAAA

4-00 Duplicado (El duplicado de las tarjetas de asegurado sólo aplica para productos de gastos médicos mayores)

Póliza ☐ Tarjetas ☐

Observaciones Adicionales:

5-00 Cancelación a Solicitud de cliente (Anexar carta indicando el motivo de la solicitud de cancelación)

Fecha de cancelación a solicitud DD/MM/AAAA

Observaciones Adicionales:

Nota Importante: Una vez solicitada la cancelación de la póliza; no podrá solicitarse de manera posterior la reactivación de la misma. Será necesario solicitar una nueva póliza cumpliendo los requisitos de asegurabilidad correspondientes.

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que en su caso los cambios que se solicitan tengan efecto a partir de la fecha indicada al inicio de este formato. Dichas modificaciones serán efectivas a partir de su aceptación por parte de Prevem Seguros S.A. De C.V.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de 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(los) registro(s) número CNSF-S0112- 1139-2010, CNSF-S0112- 1140-2010, CNSF-S0112- 1142-2010, CNSF-S0112- 1143-2010, CNSF-S0112-1144-2010 de fecha 21/12/210, CNSF-S0112-0026-2011 de fecha 6/01/2011.

_____ Nombre y Firma Contratante	_____ Nombre y Firma Asegurado Titular	_____ Nombre y Firma Agente N°
--	--	--------------------------------------