

No. de Folio Oficina Matriz: \_\_\_\_\_

**Nota: Anexa toda la documentación especificada y obligatoria (\*) ya que sin ella no se realizará el trámite solicitado. Los trámites se efectuarán siempre y cuando estén dentro de sus 30 días de vencimiento.**

**Datos de la póliza**

Nombre del Ciente y/o Contratante: \_\_\_\_\_  
 Emisor: \_\_\_\_\_ Carpeta: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_  
 Plan Contratado:  
 INBURMEDIC: Sin Restricción ( ) Con Restricciones ( ) SEGUMED ( ) Star Médica ( ) Quirúrgico 20 ( ) Segucáncer ( )  
 OTRO: Inburcáncer Hombre ( ) Inburcáncer Mujer ( ) SEGAM PLUS ( ) Accidentes ( ) Apoyo Inbursa ( ) SEVI ( )

**Cambios Solicitados (Marcar solo las condiciones a modificar)**

Cambio de Plan: INBURMEDIC: Sin Restricción ( ) Con Restricciones ( ) SEGUMED ( ) Star Médica ( )  
 Suma Asegurada: \_\_\_\_\_ Deducible: \_\_\_\_\_  
 Límite Honorarios Quirúrgicos: \_\_\_\_\_ Con tabla ( ) Sin tabla ( ) Amplio ( )  
 Forma de Pago: Anual ( ) Semestral ( ) Trimestral ( ) Mensual ( ) Solicitud Cargo Automático \*F-698 ( )

**Coberturas Adicionales:**

Nacional	Si ( ) No ( )	Muerte Accidental \$ _____	Si ( ) No ( )
Emergencia Internacional	Si ( ) No ( )	Pérdidas Orgánicas \$ _____	Si ( ) No ( )
Internacional	Si ( ) No ( )	Gastos Funerarios \$ _____	Si ( ) No ( )
Previsión Familiar	Si ( ) No ( )	SEVI Suma Asegurada \$ _____	Si ( ) No ( )
Exención de coaseguro	Si ( ) No ( )	Fumador:	Si ( ) No ( )
Exención de deducible en accidente	Si ( ) No ( )	Atención de Accidentes en hospitales restringidos	Si ( ) No ( )
Paquete Plus	Si ( ) No ( )		
Maternidad	Si ( ) No ( )		

**Corrección de Datos**

Datos a Corregir	Documento requerido
Nombre y/o fecha de nacimiento ( )	Copia del Acta de Nacimiento o de Identificación Oficial
Domicilio ( )	Comprobante de Domicilio ( recibo telefónico, luz)
R.F.C. ( )	Copia del R.F.C.
Contratante ( )	Copia de Identificación Oficial

**Otros Cambios**

Datos a Corregir	Documento requerido
Endoso de Antigüedad ( )	Copia de Carátula y último recibo con sello de pagado o Carta de antigüedad
Comisión ( )	Porcentaje de comisión cedida: _____
Cancelación de la Póliza ( )	
Renovación ( )	
Exclusiones ( )	
Rehabilitación ( )	Carta del cliente de no siniestro y motivo de la cancelación
Cambio de Conducto ( )	Solicitud Cambio de conducto F-475 versión vigente
Emitir como Individual ( )	Todo(s) Asegurado(s): _____

**Inclusión de Nuevos Asegurados**

Tipo de Asegurado	Documento requerido
Menores de 30 días de nacidos con antigüedad generada en Inbursa por la Madre (12 Meses) ( )	Carta del contratante indicando el nombre completo del menor y fecha de nacimiento
Mayores de 30 días de nacido y hasta 2 años o Menores de 30 días de nacido sin antigüedad generada en Inbursa por la Madre ( )	Solicitud firmada y requisitada completamente, así como certificado de salud expedido por el pediatra con una vigencia no mayor a 30 días.
Personas mayores de 2 años ( )	Solicitud firmada y requisitada completamente
Otros ( ) Especificar: _____	

Es indispensable que se contesten las siguientes preguntas:

¿Existe siniestro pendiente por reclamar de alguno de los asegurados? Si ( ) No ( )  
 ¿Alguna de las aseguradas se encuentra embarazada? Si ( ) No ( ) (solo si existen aseguradas)

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Asegurado o Contratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Clave del Agente

**«ESTE DOCUMENTO SOLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE CAMBIO Y POR TANTO NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD.»**

Para uso exclusivo de oficina Matriz

Nombre Completo de quien envía:

Puesto:

Fecha de envío:

Email:

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dictamen:

Vo. Bo. \_\_\_\_\_

Rechazo \_\_\_\_\_

Sello  
Reloj Checador de la Oficina  
Receptora

Sello  
Reloj Checador de la Oficina  
Matriz

