

Checklist Servicios a Pólizas													
FILA													
OI Cambios Con Afectación Vida													
REQUISITOS	OBLIGATORIOS				ART. 492 LGISMI			OTROS					
	Solicitud de Cambio en las Condiciones de Póliza de Vida Individual, firmado por el contratante/Representante legal(Persona Moral)	Identificación oficial Vigente * cotejado	X (2). Requisitos de Asegurabilidad	Estudio Actuarial	***Comprobante de Domicilio** Menor a 3 meses cotejado	***Registro Federal de Contribuyentes con homoclave	Copia del Acta constitutiva y/o Testimonio de la escritura constitutiva Cotejada. (con poderes notariales de representantes)	Copia de Declaraciones Fiscales	Cuestionario Médico/deportes/ocupación	Primas en deposito	Acta de nacimiento (dotales)	Copia de Identificación de Asegurados dependientes (dotales)	Solicitud de Rehabilitación
Cambio de seguro saldado	X	X			X (1)	X (1)	X (1)						
Cambio de seguro prorrogado	X	X			X (1)	X (1)	X (1)						
Cambio de fecha de emisión	X	X			X (1)	X (1)	X (1)		X				
Cambio de forma de pago	X	X			X (1)	X (1)	X (1)						
Cambio de plan	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Cambio de moneda	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Cambio de edad	X	X	X		X (1)	X (1)	X (1)			X			
Cambio de suma asegurada	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Reducción de suma asegurada	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Inclusión de beneficios adicionales	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Exclusión de beneficios adicionales	X	X		X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Reconsideración de dictamen	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Inclusión del beneficio de no fumador	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X	X			
Exclusión del beneficio de no fumador	X	X		X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X				
Inclusión o exclusión de extra primas	X	X	X	X	X (1)	X (1)	X (1)	X	X				
OI Rescates, retiros y cancelaciones													
Rescate Total	X	X			X (1)	X (1)	X (1)			X	X	X	
Retiro parcial	X	X			X (1)	X (1)	X (1)			X	X	X	
Rescate de fondos de Pól. de Jubilación y CCP p/pago de prima - Pól. de vida mismo aseg.	X	X			X (1)	X (1)	X (1)			X		X	
OI Rehabilitación (anexar formato por cada asegurado).													
Rehabilitación	X	X	X		X (1)	X (1)	X (1)	X	X				X

Formato 2. Cónyuge/Dependientes o Propietario real.(Firmado por contratante o asegurado titular)

Formato 3. Proveedor de Recursos

Formato 4 Sociedades y Asociaciones relacionadas (Firmados o asegurado titular)

Los cambios los deben firmar los contratantes

Las solicitudes de rehabilitación las firmas los asegurados, en caso de menores el tutor.

X (1).- Se requiere cuando el contratante es moral