

Checklist Servicios a Pólizas de GMM							
FILA OI Cambios Con Afectación GMM							
REQUISITOS	OBLIGATORIOS						
	Solicitud de Cambio en las Condiciones de Póliza de GMM, firmado por el contratante/Representante	Identificación oficial Vigente* cotejado	Acta o constancia de nacimiento	Informe Médico por Padecimiento	Primas en depósito	Carta de No Sinistro	Solicitud de GMM Totalmente requisitada y Firmada por el contratante/Representante
Cambio de forma de pago	X	X					
Reconsideración de dictamen GMM	X	X		X (2)			X (1)
Inclusión o exclusión de extra primas	X	X		X (2)			X (1)
Inclusión de coberturas	X	X		X (2)			X (1)
Exclusión de coberturas	X	X					
Inclusión de dependientes menores y dentro de los 30 días de nacimiento.	X	X	X				
Inclusión de dependientes mayores	X	X		X (2)			X (1)
Exclusión de dependientes GMM	X	X					
Cambio de plan	X	X		X			X (1)
Incremento o disminución de suma asegurada, deducible o coaseguro	X	X		X (2)			X (1)
Corrección de sexo o edad	X	X					
OI Rescates Retiros y Cancelaciones							
Cancelación de póliza con ó sin devolución de primas no devengadas	X	X					X (1)
OI Rehabilitación (Anexar formato de rehabilitación)							
Rehabilitación	X	X			X	X	X (1)

(1.)Solo aplica persona Moral

(2) Aplica cuando se requiera por selección.

Para rehabilitar debera mandar solicitud de rehabilitación por cada integrante de la póliza

