

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642 Piso 9
Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX.

Instrucciones de llenado: Este formato debe ser llenado con la letra de molde, números en arábigos y una sola tinta (azul o negra). No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras o falta algún dato indispensable. Marque con una cruz el tipo de movimiento a realizar.

Fecha:
No. de póliza:

Nombre del contratante actual:

SECCIÓN I. CAMBIO, ACLARACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE DATOS DEL CONTRATANTE

Cambio de contratante Cambio de datos del contratante

Denominación o razón social (persona moral, institución pública o fiduciaria):

Nombre (s): Apellido paterno: Apellido materno:

Número o referencia del fideicomiso: Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento y/o de constitución (dd/mm/aaaa): País y entidad de nacimiento y/o constitución:

RFC con homoclave: Correo electrónico:

Domicilio (éste será el utilizado en su factura, en caso de requerirla)

Calle: No. Exterior: No. Interior: Colonia:

Código postal: Alcaldía o municipio: Estado:

Si la prima anual es igual o superior a dos mil quinientos dólares, favor de llenar los siguientes datos

Nacionalidad: Número telefónico:

Ocupación u objeto: Folio mercantil:

Nombre del representante legal:

Correo electrónico del representante legal:

En caso de que cuente con la siguiente información, favor de proporcionarla

CURP (persona física): Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:

Número de identificación fiscal o su equivalente:

Exclusivo para personas físicas: Si actúa en nombre propio señalarlo en la casilla correspondiente; en caso de que actúe por cuenta de un tercero, favor de llenar la siguiente información.

Manifiesto que actúo: En nombre propio Por cuenta de otra persona (un tercero)

Es necesario completar esta sección, según corresponda, con los datos del tercero especificado anteriormente:

Apellido paterno: Apellido materno: Nombre(s):

Domicilio particular:

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): País y entidad de nacimiento:

RFC: Nacionalidad: Ocupación / profesión actual:

CURP: Correo electrónico: Número de teléfono:

Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:

***Propietario Real: Cuando el cliente actúa en nombre de un tercero, y éste sin ser cliente o beneficiario aprovecha los beneficios o dispone de los recursos (el verdadero dueño de los recursos); también comprende a las personas que ejerzan el Control sobre las personas morales.**

Conoce a tu cliente

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año algún cargo público? Sí No

¿Es usted cónyuge o familiar de algún funcionario Público? Sí No

En caso de dar alguna respuesta afirmativa en las preguntas anteriores, especificar: Nombre Completo de la Persona Políticamente Expuesta (PPE), parentesco y señalar las personas morales o sociedades con las que mantenga vínculo patrimonial:

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año alguna de las siguientes actividades económicas?

Juegos o sorteos; centros nocturnos; operaciones de préstamo o crédito; construcción, desarrollo de bienes inmuebles; recepción de donativos; intercambio de activos virtuales; comercialización de tarjetas de servicio, crédito o prepagadas, armas y productos militares; metales o piedras preciosas, joyas o relojes, obras de arte; comercialización o distribución de vehículos (aéreos, marítimos o terrestres); emisión o comercialización de cheques de viajero prestación de servicios de fe pública; comercio exterior, despacho de abogados o contadores, de blindaje o custodia de valores.

Si No Define la actividad:

Exclusivo para clientes nuevos

Origen de los recursos:

 Salario
 Honorarios
 Comisiones
 Regalías
 Negocio propio
 Otro

Especifique: _____ Monto de los recursos mensuales destinados a la operación / patrimonio fideicomitado: _____

Exclusivo para fideicomisos

Patrimonio Fideicomitado (bienes y derechos): _____

Aportaciones de los fideicomitentes: _____

SECCIÓN II. ALTA, BAJA O CAMBIO DE DATOS DE LOS ASEGURADOS (exclusivo de pólizas individuales)**Nota: Para Alta, completar la presente sección y adjuntar el Apartado I del Formato de Solicitud Individual (llenando el nombre, Sección IV de cuestionarios y en su caso, la antigüedad), cuando así se requiera según el Plan contratado. Para Baja, llenar únicamente los campos con asterisco (*)**
 ALTA
 CAMBIO DE DATOS
 BAJA*

Apellido paterno*: _____ Apellido materno*: _____

Nombre (s)*: _____ Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Parentesco: _____ Ocupación: _____

País y entidad federativa de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ RFC con homoclave: _____

Domicilio: _____

En caso de que cuente con la siguiente información, favor de proporcionarla

CURP (persona física): _____ Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada: _____

Número de identificación fiscal o su equivalente: _____ Número telefónico: _____

Especifique el motivo principal de la baja*

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solvencia económica | <input type="checkbox"/> No utilizo el servicio | <input type="checkbox"/> Unificación o separación | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: |
| <input type="checkbox"/> Encuentre una mejor opción | <input type="checkbox"/> Problemas médicos | <input type="checkbox"/> Cambio de plan | |
| <input type="checkbox"/> Me dieron seguro en el trabajo | <input type="checkbox"/> Problemas con el agente | <input type="checkbox"/> Cambio o plan de grupo | |
| <input type="checkbox"/> Cambio de residencia | <input type="checkbox"/> Problemas administrativos | <input type="checkbox"/> Fallecimiento | |

Si derivado del cambio que solicito se genera saldo a mi favor, doy consentimiento para que dicho importe sea aplicado al siguiente recibo de la póliza que se deriva del cambio, según sea el caso. Si No Otros, especificar: _____**SECCIÓN III. CAMBIO DE FORMA DE PAGO**¿Cómo realizara el pago? Mensual Trimestral Semestral Anual Monto: _____

Forma de pago:

-
- Transferencia de cuentas del cliente
-
- Pago con tarjeta de crédito y/o débito
-
- Transferencia o cheque de cuentas de un tercero
-
- Cheque de cuenta del cliente
-
- En efectivo

En caso de pagos en parcialidades con tarjeta de crédito o débito, llenar la "Autorización para Cargos Recurrentes" (solicítelo a su agente).

SECCIÓN IV. CANCELACIÓN DE PÓLIZA

Especifique el motivo:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solvencia económica | <input type="checkbox"/> No utilizo el servicio | <input type="checkbox"/> Unificación o separación | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: |
| <input type="checkbox"/> Encuentre una mejor opción | <input type="checkbox"/> Problemas médicos | <input type="checkbox"/> Cambio de plan | |
| <input type="checkbox"/> Me dieron seguro en el trabajo | <input type="checkbox"/> Problemas con el agente | <input type="checkbox"/> Cambio o plan de grupo | |
| <input type="checkbox"/> Cambio de residencia | <input type="checkbox"/> Problemas administrativos | <input type="checkbox"/> Fallecimiento | |

Firma de agente_____
Firma del contratante y/o representante legal_____
Nombre del ejecutivo que recibe_____
Fecha y hora de recepción

En su caso: _____

Firma del nuevo contratante**Nota: Dependiendo del cambio se deberá solicitar documentación obligatoria conforme a la Matriz de Tramites de Emisión.**