

2. Trámite a efectuar

Cambio de domicilio	Cambio a seguro saldado / prorrogado	Retiros parciales
Modificación de nombre y apellidos	Exclusión de beneficios adicionales	Vanguardia
Corrección de edad	Reducción de suma asegurada	Tradicional
Corrección de RFC	Pago por supervivencia	Rescate total (cancelación de póliza)
Cambio de forma de pago	Rehabilitación de póliza	Tradicional
Cambio de plan	Cesión de derechos (cambio de contratante)	Vanguardia
Otros <input type="text"/>		Vida express
Aumento de suma asegurada	Inclusión de beneficios adicionales	
Sueldo titular	¿Cuáles (llenar anexo de Beneficios Adicionales F-2161 en caso de BAC o GF)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ocupación titular		
<input type="text"/>		

2.1 Detalle de las modificaciones o movimientos a efectuar

3. Medio de pago

El pago que en su caso genere este trámite se realizará a través de:

Orden de pago (solo aplica para descuento por nómina)

Transferencia bancaria

Banco

Número de cuenta CLABE (18 dígitos)

Nombre completo del titular de la cuenta bancaria

Notas

- El depósito únicamente podrá realizarse en una cuenta propia del Contratante
- En caso de que el depósito sea rechazado se podrá generar nuevamente el pago a la nueva cuenta, de continuar con el rechazo, será responsabilidad del Asegurado efectuar las aclaraciones con el banco.

4. Declaraciones del Contratante / Cónyuge

En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que realice las modificaciones necesarias en mi póliza de Seguro de Vida para llevar a cabo el trámite y/o inclusión de la cobertura de seguro especificado en esta solicitud, las demás condiciones de la póliza, excepto las que se modifiquen, quedarán sin alteración.

Estoy enterado de que la aceptación de Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa de las modificaciones requeridas queda, cuando sea el caso, sujeta a previa valoración del riesgo y que dicha aceptación se me notificará en el(los) endoso(s) o documentación correspondiente y que la(s) modificación(es) realizadas a mi póliza de Seguro de Vida será(n) efectiva(s) a partir de su fecha de aceptación.

En caso de que mi trámite corresponda al Rescate Total de Mi póliza, es decir su cancelación total específico que:

Anexo para tal efecto carátula original de la póliza y copia fotostática de mi identificación oficial.

No se anexa carátula original por haberla extraviado, por lo que me hago responsable por el mal uso que pudiera dársele a la misma.

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que proporcione en relación con el trámite y/o inclusión de la cobertura de seguro que se solicita mediante la presente, son y serán verídicos y auténticos, por lo que autorizo a que ello sea corroborado.

Nombre y firma

Declaro que el origen y procedencia de los recursos con que por cuenta propia, en su caso, habré de operar u opero o con los que habrá de operar u opera mi representada respecto del trámite y/o inclusión de la cobertura de seguro que se solicita son de mi propiedad o de la de mi representada y proceden de actividades lícitas. Manifiesto que terceros no utilizarán recursos provenientes de actividades ilícitas para operar con mi consentimiento o el de mi representada en los productos, cuentas, contratos o servicios donde actúo y opero o donde actúa y opera mi representada y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo, por cuenta propia y por cuenta de mi representada, cualquier responsabilidad que se genere por actuar ante esa institución en contravención a lo dispuesto en este documento y/o en el endoso de la póliza de seguro que se emita en relación con esta solicitud.

En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que en caso de que así lo decida esa aseguradora, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me (nos) haya(n) atendido o que me (nos) atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre mi (nuestras) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

Declaro que Seguros Inbursa, S. A., Grupo Financiero Inbursa ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo su contenido, otorgo mi consentimiento para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados y en su caso transferidos conforme se establece en dicho aviso. Así mismo en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros Titulares, me obligo a hacer del conocimiento de esos Titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Inbursa, S. A., Grupo Financiero Inbursa y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

Hago constar que me he enterado de como aplican las condiciones generales de la póliza que en la emisión de la misma extendió Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero con respecto a este trámite y/o inclusión de cobertura de seguro y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar	Fecha

 Nombre y Firma del Contratante
 (Cambios, cancelación, rescates o retiros)

 Nombre y firma del Asegurado Titular
 (Pago por vencimiento o cambio de beneficiarios)

¡Activa Biométrico para identificarte al realizar tus trámites en nuestras sucursales!

5. Datos del Asesor Financiero

Clave	Nombre y apellidos	
		Firma

6. Datos del personal que recibe y revisa la documentación

Sucursal	Código
Nombre	

 Nombre y firma de personal que recibe y revisa

7. Documentos requeridos para cada trámite

1. Cesión de derechos (cambio de contratante)

- Formato F-1508 firmada por actual contratante cediendo los derechos y obligaciones indicando nombre completo de nuevo contratante y RFC
- Identificación oficial del actual y nuevo contratante
- Constancia de situación fiscal del nuevo contratante
- Carta aceptación de derechos del nuevo contratante
- Acta constitutiva en caso de contratante persona moral actual y/o nuevo
- En caso de contar con cobertura de supervivencia, Carta conocimiento de retención firmada por el asegurado titular

3. Corrección de edad

- Identificación oficial del contratante
- Acta de nacimiento del asegurado a actualizar

5. Inclusión de beneficios adicionales

- F-1002
- Carátula
- Identificación oficial del contratante

7. Exclusión de beneficios adicionales

- Carátula
- Identificación oficial del contratante

9. Disminución de suma asegurada

- Carátula
- Identificación oficial del contratante

11. Rehabilitación pólizas canceladas por falta de pago o en Seguro prorrogado (menor o igual a 90 días vencidos)

- F-230
- Identificación oficial del contratante y asegurado titular
- En caso de contar con la cobertura BAC se presentan los mismos documentos con excepción del formato F-1508
- Se autoriza en sucursal

13. Cambio a seguro saldado o prorrogado

- Identificación oficial del contratante

15. Cancelación de la póliza (rescate total)

- Carátula
- Identificación oficial del contratante
- Estado de cuenta bancario
- Constancia de situación fiscal
- Acta constitutiva en caso de contratante persona moral

17. Retiro del fondo en inversión

- Carátula
- Identificación oficial del contratante
- Estado de cuenta bancario
- Constancia de situación fiscal
- Acta constitutiva en caso de contratante persona moral

2. Cambio de beneficiarios

- Identificación oficial del asegurado titular o BAC
- También puede aceptarse el formato F-2163 "Cambio de Designación de Beneficiarios", firmado por el asegurado titular

4. Cambio de plan o de plazo de prima y/o de seguro

- Carátula
- Identificación oficial del contratante

6. Alta de asegurados (solo cobertura BAC)

- Identificación oficial del contratante
- Identificación oficial del asegurado BAC
- F-2161

8. Baja de asegurados (solo cobertura BAC)

- Identificación oficial del contratante

10. Aumento de suma asegurada

- F-1002
- Carátula
- Identificación oficial del contratante

12. Rehabilitación pólizas canceladas por falta de pago o en Seguro prorrogado (más de 90 días vencidos)

- F-230, F-1009 y F-1002
- Identificación oficial del contratante y asegurado titular
- En caso de contar con la cobertura BAC se presentan los mismos documentos con excepción del formato F-1508
- Se ingresa por folio TYS

14. Pago por término de vigencia

- Carátula
- Identificación oficial del asegurado titular
- Estado de cuenta bancario
- Constancia de situación fiscal

16. Retiro parcial (producto Vanguardia)

- Carátula
- Identificación oficial del contratante
- Estado de cuenta bancario
- Constancia de situación fiscal
- Acta constitutiva en caso de contratante persona moral

Independientemente de los requisitos establecidos, la Compañía se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales, necesarios para la evaluación y aceptación o declinación del caso.

En todos los casos se debe incluir el formato F-1508 firmado por el contratante con excepción de los trámites 2 y 14 en los que deberá estar firmado por el asegurado titular.