

# SOLICITUD DE CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Folio N° de Póliza N° de Certificado 

## Datos generales del contratante

Apellido paterno, materno y nombre(s) R.F.C. (con homoclave) 

El que suscribe contratante / asegurado de la póliza arriba indicada, solicita a INSIGNIA LIFE, S.A DE C.V. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones: **SEÑALE SÓLO UN TRÁMITE A EFECTUAR POR PÓLIZA**

## Datos cliente único

Clave de cliente único\* 

\*En caso de llenar este campo ya no es necesario el resto de la información.

## Persona física

Género CURP Entidad federativa de nacimiento

F  M Correo electrónico Teléfono 

## Persona moral

RFC  Entidad federativa de nacimiento Correo electrónico Teléfono 

## Cambios sin afectación económica

 Corrección de nombre y apellidos  Cambio de contratante  Cambio de domicilio  Corrección de R.F.C.  Cambio de beneficiario

## Cambios con afectación económica

 Aumento de suma asegurada  Disminución de suma asegurada  Cambio de forma de pago  Cambio o corrección de fecha de nacimiento  
 Inclusión de beneficios adicionales  Exclusión de beneficios adicionales  Cambio seguro prorrogado  Cambio seguro saldado**Insignia Life, S.A. de C.V.**

## SOLICITUD DE CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

### Duplicados

- Duplicado de Póliza
- Duplicado de Endoso
- Duplicado de Recibo

### Solicitud de cancelación

- Cancelación de póliza
- Cancelación de certificado
- Cancelación con aplicación de valores garantizados (Rescate Total)

### Solicitud de rehabilitación

- Rehabilitación (Anexar formato)

### Cambios conducto de cobro

- Cambio de conducto de cobro (Anexar formato)
- Cambio de conducto de cobro a tarjeta de crédito o débito
- Cambio de conducto de cobro a CLABE bancaria

### Otros

- 
- 
- 

### Movimientos propios de planes universales

- Alta y/o cambio de prima ahorro
- Retiro parcial
- Solicitud de aportación extraordinaria
- Rescate total
- Solicitud de estado de cuenta
- Vencimiento de plan

### Detalle de la modificación a efectuar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

### Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que en su caso los cambios solicitados, surtan efecto a partir de la fecha de aceptación por parte de INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, de ser aprobados por la Aseguradora quedarán sin alteración.

Lugar y fecha:

Nombre y firma del AGENTE

Clave del AGENTE

Nombre y firma del ASEGURADO

Nombre y firma del CONTRATANTE

**"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de junio del 2023, con el número CGEN-S0111-0056-2023/CONDUSEF-G-00718-006".**