

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 Alvaro 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:

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

<input type="checkbox"/> Baja de asegurados *En este caso se deberá llenar las secciones I a III	<input type="checkbox"/> Cambio de datos del asegurado *En este caso se deberá llenar las secciones I a III	<input type="checkbox"/> Cambio de forma de pago *En este caso se deberá llenar las secciones I, II y IV	<input type="checkbox"/> Cancelación de la póliza *En este caso se deberá llenar las secciones I, II y V
---	--	---	---

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA FÍSICA

Nombre (s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
CURP:	País de nacimiento:	
Entidad federativa de nacimiento:	Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):	
RFC (con homoclave si cuenta con ella):	Nacionalidad:	
Ocupación:	Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA MORAL , INSTITUCIÓN PÚBLICA O FIDUCIARIA

Denominación o razón social:		
Fecha de constitución (dd/mm/aaaa):	Folio mercantil:	RFC con homoclave:
Giro mercantil u objeto social:	Número de serie de la firma electrónica avanzada:	
Nacionalidad:	Teléfono:	Correo electrónico:
Nombre del representante legal:		

Domicilio de la persona física o moral (éste será el utilizado en su factura, en caso de requerirla)

Calle:	No. Exterior:	No. Interior:	Colonia:
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Estado:	

SECCIÓN II. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

a) Persona políticamente expuesta

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año algún cargo público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
¿Es usted cónyuge o familiar de algún funcionario Público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿De quién?

b) Origen de recursos (fuente de ingresos)

Salario Honorarios Comisiones Regalías Negocio Propio Otro Especifique:

c) Propietario real (exclusivo para personas físicas)

Manifiesto que actúo: <input type="checkbox"/> En nombre propio <input type="checkbox"/> 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:		Teléfono:
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	País y entidad de nacimiento:	Nacionalidad:
RFC:	CURP:	Ocupación / profesión actual:
Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):	Correo electrónico:	

***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.**

SECCIÓN III. BAJA O CAMBIO DE DATOS DEL ASEGURADO

Favor de requisitar la información solicitada como se indica

Solicitantes	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco con el titular	Sexo (M / F)
Titular				
Solicitante 2				
Solicitante 3				
Solicitante 4				
Solicitante 5				

Solicitantes	Nacionalidad	País de nacimiento	Entidad de nacimiento	Estado civil*	Ocupación / Profesión
Titular					
Solicitante 2					
Solicitante 3					
Solicitante 4					
Solicitante 5					

Solicitantes	CURP	RFC	Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

Manifiesto que el domicilio de los titulares y/o solicitantes es el mismo del contratante (cliente), salvo aviso por escrito de los mismos.

Solicitantes	Domicilio	Correo electrónico
Titular		
Solicitante 2		
Solicitante 3		
Solicitante 4		
Solicitante 5		

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 póliza que se deriva del cambio, según sea el caso. Si No Otros, especificar: _____

SECCIÓN IV. FORMA DE PAGO

¿Cuál será la periodicidad del pago? Mensual Trimestral Semestral Anual Monto: _____

Método de pago: Transferencia de cuenta del cliente Pago con tarjeta de crédito y/o débito Transferencia o cheque de cuenta 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)

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los valores entregados a MediAccess por concepto de pago de prima o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito.

SECCIÓN V. 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 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 22 de mayo de 2025 con el número CGEN-H0702-0005-2025/CONDUSEF-G-01368-004.