

Póliza N.º:	<u>SFVCM-1</u>
Solicitud-Certificado N.º	_____

Nombre del Asegurado: _____

Indicación: Marque con una " " el trámite a realizar.

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Adición de beneficiarios: | <input type="checkbox"/> | 2. Cambio de beneficiarios: | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cambio de medio de pago: | <input type="checkbox"/> | 4. Cambio de forma de pago: | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cancelación de Certificado: | <input type="checkbox"/> | | |

Indicación: Complete la sección del trámite a realizar.

1. ADICIÓN DE BENEFICIARIOS

Notifico a ustedes que adicionalmente a los beneficiarios designados en la Solicitud-Certificado designo como beneficiario(s) del referido seguro a:

DATOS DE BENEFICIARIOS

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	% de Asignación	Nombre de tutor

2. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Notifico a ustedes que revoco la designación de beneficiarios hecha anteriormente y designo a partir de esta fecha como nuevo(s) beneficiario(s) del referido seguro a:

DATOS DE BENEFICIARIOS

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	% de Asignación	Nombre de tutor

3. CAMBIO DE MEDIO DE PAGO

Solicito a partir de esta fecha, el cambio de medio de pago, al elegido a continuación, por lo que autorizo a _____ para cargar la prima durante la vigencia de este seguro:

Tarjeta de crédito N.º _____ Tarjeta de débito N.º _____

Cuenta de ahorros N.º _____ Otros especificar _____

4. CAMBIO DE FORMA DE PAGO

Solicito a partir de esta fecha, el cambio de mi forma de pago del referido seguro, el cual inicialmente indique fuera _____ y ahora deseo sea la forma de pago que marco a continuación:

Mensual Trimestral Semestral Anual

5. CANCELACIÓN DE CERTIFICADO

Atentamente, solicito exclusión como Asegurado de la póliza **No. SFVCM-1** de Seguro de Vida Colectivo "Masivo", Certificado número _____, contratada por FEDECREDITO, DE C.V., a partir de este día.

Motivo de la cancelación:

- a) Insuficiencia de fondos en mi cuenta de ahorros o tarjeta de crédito.
- b) Insatisfacción con las coberturas del Seguro.
- c) Cancelación de mi cuenta de ahorros o tarjeta de crédito con la Entidad.
- d) Otros _____

Lugar y fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO

FEDECREDITO VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS