

Póliza No.

Fecha

Lugar

Nombre del Contratante

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

En relación con el Seguro de Vida que tengo contratado con ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., cuyo número de póliza se relaciona en la parte superior de esta solicitud, por este medio manifiesto que es mi deseo cambiar de plan para quedar en el que se señala a continuación:

Bajo

Medio

Alto

El cambio solicitado anteriormente, surtirá efecto dentro de los primeros 3 (tres) días hábiles del mes siguiente a aquel en que se haya solicitado, siempre y cuando la solicitud haya sido ingresada antes del día 25 (veinticinco) del mes inmediato anterior.

Firma del Contratante

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número de fecha .