

No. de Póliza _____

Nombre completo del contratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	R. F. C.

Calle y Número	Colonia	Ciudad	
Estado	C.P.	Teléfono Casa	Teléfono Oficina

Nombre completo del asegurado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

Solicito a Seguros Argos , S.A de C.V . , que la póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes especificaciones:

MODIFICACIONES A EFECTUAR

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio | <input type="checkbox"/> Cambio de contratante |
| <input type="checkbox"/> Cambio de forma de pago | <input type="checkbox"/> Modificación de nombre y/o apellidos |
| <input type="checkbox"/> Cambio de conducto de pago | <input type="checkbox"/> Duplicado de póliza |
| <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiarios | |

DETALLE DE LAS MODIFICACIONES A EFECTUAR
AUTORIZACION

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que los cambios solicitados surten efecto a partir de que la presente sea aceptada expresamente por Seguros Argos. S.A. de C.V. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración.

Nombre del Agente	Clave	Sucursal	Firma

Firma del asegurado

Firma de contratante (si lo hay)

Lugar y Fecha _____