



## SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN

PÓLIZA No.  LUGAR:  FECHA     
Día Mes Año

Nombre del Contratante

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)

Con relación a la póliza de seguro de vida que tengo contratada con AIG México Compañía de Seguros de Vida S.A. de C.V., manifiesto que es mi deseo cambiar la asignación de recursos asociados a la Reserva Adicional de a quedar en:

**BAJO**   
**MEDIO**   
**ALTO**

El presente cambio surtirá efecto dentro los primeros tres (3) días hábiles del siguiente mes al que se solicite el cambio, siempre y cuando se presente antes del día 25 del mes en curso.

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 \_\_\_\_\_.