



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN 2024

(Periodo de trámites del día 1° al 10 de cada mes de febrero a septiembre)

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

SEGURO DE AUTOMÓVIL

Enviar la presente solicitud debidamente requisitada al correo electrónico rh.vehicularparticular@chapingo.mx o rh.gastosmedicosm@chapingo.mx según sea el caso, anexando en formato PDF (NO fotografías ni escaneos en celular), legible y vigente la documentación que acredite su solicitud.

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO:

No. DE EXPEDIENTE:

FECHA (____/____/____)

CORREO:

No. DE TEL:

ESCRIBA CON LETRA CLARA LA INFORMACIÓN QUE DESEA MODIFICAR:

DICE

DEBE DECIR

DOCUMENTO QUE COMPRUEBA
LA MODIFICACIÓN

Gastos Médicos Mayores

- . INE
(Obligatorio para mayores de 18 años)
- . Acta de nacimiento
- . CURP
(Para menores de 18 años)

Seguro de Automóvil

- . Factura o carta factura
- . Tarjeta de circulación
- . INE

Firma del asegurado

IMPORTANTE: Es responsabilidad del solicitante proporcionar información completa, correcta y vigente para dicho trámite, en caso que no reúna los requisitos establecidos, no se dará trámite, sin ninguna responsabilidad para la UACH.