

Información de la póliza											
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto ¿cuál? _____					No. de póliza anterior			Folio			
Fecha de solicitud					Día Mes Año						
Vigencia*					* Debe de cumplir con las políticas internas						
Desde las 12 hrs.			Día Mes Año		Hasta las 12 hrs.					Día Mes Año	
Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante titular)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno					Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social						
R.F.C.					C.U.R.P.						
País de nacimiento					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Ingresos mensuales			
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día Mes Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		Nacionalidad	
Correo electrónico					Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión			
Domicilio Calle							No. exterior		No. interior		
Colonia			Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01				Tel. oficina (con clave de ciudad) 01			Tel. celular (con clave de ciudad) 044				
Para personas morales Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)							Folio mercantil				
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera											
Domicilio Calle					No. exterior		No. interior		Colonia	Código postal	
Población o ciudad			Estado			País		Teléfono			
Datos del solicitante titular y contratante (en caso de ser la misma persona)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> Persona moral						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social											
R.F.C.					C.U.R.P.						
País de nacimiento					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Ingresos mensuales			
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día Mes Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		Nacionalidad	
Correo electrónico					Actividad o giro mercantil						
Domicilio Calle							No. exterior		No. interior		

Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado							
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044									
Para personas morales Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)			Folio mercantil								
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera											
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal						
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono							
Otros seguros de gastos médicos mayores											
<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual	Póliza	No. de póliza individual	No. de póliza colectivo							
<input type="checkbox"/> Otra compañía, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> Colectivo	1									
		2									
Planes											
Productos de AXA Seguros, S.A. de C.V.	Gama Hospitalaria					Suma Asegurada (M.N.)	Deducible (M.N.)			Coaseguro %	
	360	270	180	90	45						
<input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$100,000,000	<input type="checkbox"/> \$9,000	<input type="checkbox"/> \$11,500	<input type="checkbox"/> \$17,000	<input type="checkbox"/> 5%	
							<input type="checkbox"/> \$22,500	<input type="checkbox"/> \$28,500	<input type="checkbox"/> \$35,500	<input type="checkbox"/> 10%	
							<input type="checkbox"/> \$40,000	<input type="checkbox"/> \$55,000	<input type="checkbox"/> \$85,000	<input type="checkbox"/> 15%	
							<input type="checkbox"/> \$115,000			<input type="checkbox"/> 20%	
										<input type="checkbox"/> 25%	
<input type="checkbox"/> Multiprotección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$100,000,000	<input type="checkbox"/> \$9,000	<input type="checkbox"/> \$11,500	<input type="checkbox"/> \$17,000	10%	
							<input type="checkbox"/> \$22,500	<input type="checkbox"/> \$28,500	<input type="checkbox"/> \$35,500		
							<input type="checkbox"/> \$40,000	<input type="checkbox"/> \$55,000	<input type="checkbox"/> \$85,000		
							<input type="checkbox"/> \$115,000				
Producto de AXA Salud, S.A. de C.V. Multiprotección	La gama hospitalaria es igual a la suscrita a Seguros					Aplica copago estipulado en la carátula de póliza					
<input type="checkbox"/> Especial Sureste	<input type="checkbox"/> 360	<input type="checkbox"/> 270				\$100,000,000	\$9,000			30%	
<input type="checkbox"/> Internacional	No aplica					1,000,000 USD	Nacional - Extranjero			10%	
							<input type="checkbox"/> 500 USD - 1,500 USD				
							<input type="checkbox"/> 1,000 USD - 2,500 USD				
							<input type="checkbox"/> 2,000 USD - 2,000 USD				
							<input type="checkbox"/> 3,000 USD - 3,000 USD				
							<input type="checkbox"/> 5,000 USD - 5,000 USD				
							<input type="checkbox"/> 10,000 USD - 10,000 USD				
							<input type="checkbox"/> 20,000 USD - 20,000 USD				
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales	Muerte Accidental		\$	M.N.	\$	Suma Asegurada					Deducible M.N.
	Pérdidas Orgánicas		\$	M.N.							
	Reembolso de Gastos Médicos		\$	M.N.							
	Reembolso de Gastos Funerarios		\$	M.N.							

Coberturas adicionales con costo

Cobertura de Atención Médica en el Extranjero
 Algún asegurado viajará al extranjero por motivo de estudios, por más de 3 meses o hasta 12 meses. Sí No
 Nota: esta cobertura no aplica para el producto Internacional.

Extensión de Cobertura

Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos _____%
 Con incrementos del 5% en un rango desde 5% y hasta 200%.
 Nota: esta cobertura no aplica para el producto Internacional.

Paquete de Beneficios Adicionales*

Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental*

Tradicional
 Nota: esta cobertura no aplica para el producto Internacional.

Elite
 Deducible: 1,500 USD 3,500 USD 5,000 USD 10,000 USD
 Nota: esta cobertura no aplica para el producto Internacional.

Protección Dental Integral

Programa Cliente Especial
 Nota: esta cobertura está incluida sin costo para el producto Internacional.

Cobertura de Vida en Vida* Suma Asegurada _____
 (desde \$50,000 pesos y hasta \$200,000 pesos con rangos de \$1,000 en \$1,000 pesos)
 Asegurados: Titular Titular y cónyuge Titular y dependientes

Cobertura de Dinero en Efectivo
 Renta: \$500 pesos \$1,000 pesos \$1,500 pesos Con periodo de espera: Sí No
 Asegurados: Titular Titular y cónyuge Titular y dependientes

Beneficiarios (aplica únicamente para las coberturas de Paquete de Beneficios Adicionales, Vida en Vida y Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental)

ADVERTENCIA: en caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designar tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada. En los beneficiarios de Gastos Funerarios, Accidentes Personales y Accidentes en Viajes Aéreos, salvo pacto contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

Nombre de la cobertura	Nombre del asegurado (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Nombre del beneficiario (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Domicilio de beneficiario	Fecha de nacimiento de beneficiario	Parentesco con el asegurado	% de participación

Datos de los solicitantes											
No. solicitante	C.U.R.P. o ciudad de nacimiento	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Ha tramitado ante alguna autoridad un cambio de nombre		Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular	
			Sí	No	M	F	Día	Mes	Año		
1. Titular*											
2. Solicitante*											
3. Solicitante*											
4. Solicitante*											
5. Solicitante*											
6. Solicitante*											
7. Solicitante*											
8. Solicitante*											
9. Solicitante*											
10. Solicitante*											

* En adelante se mencionarán a los solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.

Reconocimiento de antigüedad (se deberá adjuntar copia de la póliza anterior con endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de Antigüedad de AXA Colectivo o AXA Individual se requiere solamente el número de póliza)

No. solicitante	Antigüedad AXA Individual*				Antigüedad AXA Colectivo*				Antigüedad Reconocida (otra compañía)*		
	Día	Mes	Año	No. póliza	Día	Mes	Año	No. póliza	Día	Mes	Año
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

* Estas Antigüedades aplican sólo para eliminar o reducir Periodos de Espera.

Estatura, peso y hábitos

No. solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma o ha fumado?		Desde - Hasta (año/año)	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														

Llenar el siguiente apartado en caso de contratar el producto de Accidentes Personales

Por el desempeño de su ocupación laboral	Sí	No	¿Quién(es)?	Especifique
¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o espectáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, altura, alto voltaje, otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Deportes, aficiones y aviaciones

¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Nota importante

Se previene al contratante y al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, el contratante o cualquiera de los solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente.

Asimismo autoriza a las compañías de seguros a las cuales ha solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

Sólo para Plan Multiprotección: se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, el contratante o solicitante declara estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a **AXA Salud, S.A. de C.V.** todos sus antecedentes patológicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autoriza a las compañías de seguros a las cuales ha solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que a continuación se indica, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción: " No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico"

Correo electrónico _____

Hago constar que me he enterado de las Condiciones Generales de la Póliza que en su caso extenderá AXA Seguros, S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas. Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx

Nota importante (continuación)

Autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos mis historiales médicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Certificación del agente o conducto de venta: declaro haber explicado ampliamente al solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptado el riesgo por la compañía, así como la forma de dar por terminada su cobertura.

Datos personales (Aviso de Privacidad)

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en axa.mx

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. Firma _____.

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros.

Sí _____ No _____ Firma _____ “En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma”.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares (solicitantes), acepto la responsabilidad y mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A. de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección Aviso de Privacidad.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA favor de marcar la siguiente casilla. Sí _____ No _____

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Exclusivo para Personas Físicas. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo
---------------------------------------	------------------	----------------------

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Sí No
Especifique:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y porcentaje de participación
--	--------------------------------------

Dentro de la composición accionaria de la Persona Moral, ¿algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos? Sí No

En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo
---------------------------------------	------------------	----------------------

Entrevista personal con el cliente (contratante)						
En cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones Legales vigentes, se presenta ante usted el Sr./Sra. _____ agente de seguros con clave número _____, para efectos de entrevistarle y para recabar los datos y documentos de identificación que permitan a esta Institución contar con su expediente debidamente integrado.						
El agente mencionado se presentó ante usted en el domicilio mencionado con anterioridad en este documento. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Que corresponde a su:						
<input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral Otro (especificar): _____						
Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
En caso de contestar "no", especifique la causa y el nombre del tercero por el que actúa						
Parentesco o vínculo con usted						
Domicilio de dicha persona			No. exterior	No. interior	Colonia	
Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044		
En caso de que el tercero sea una persona moral indique:						
a) La estructura corporativa						
b) Nombres de los accionistas o socios						
Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.						
Datos de agente (aspectos internos de la compañía)						
	No. de agente	Nombre del agente		Comisión	C. de contribución	Cesión de comisión
Agente 1				%		%
Agente 2				%		%
Firma del contratante (sólo si es diferente al solicitante)		Firma del solicitante titular (o su representante legal si es menor de edad)		Firma del agente		Lugar y fecha

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Mayo de 2017, con el número CGEN-S0048-0089-2017.

