

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)						
Para personas morales Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)			Folio mercantil							
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera										
Domicilio en el país de origen 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	Pólizas	No. de póliza individual		No. de póliza colectiva					
<input type="checkbox"/> Otra compañía, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> Colectivo	1	_____		_____					
		2	_____		_____					
Planes										
Productos de AXA Seguros, S.A. de C.V.	Nivel hospitalario					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	El nivel hospitalario es igual al suscrito a Seguros					Aplica copago estipulado en la carátula de póliza				
<input type="checkbox"/> Especial Sureste	360	270				\$100,000,000	\$ 9,000			30%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<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"/> Salud 15	360	180*	* Aplica sólo para pólizas en el interior de la república.			\$15,000,000 por padecimiento cubierto por asegurado	\$ 17,000			15%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales						Suma asegurada	Deducible			
						Muerte Accidental	\$	M.N.		
						Pérdidas Orgánicas	\$	M.N.		
						Reembolso de Gastos Médicos	\$	M.N.		
						Reembolso de Gastos Funerarios	\$	M.N.		
							\$	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 los productos Internacional y Salud 15.

Extensión de Cobertura

Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos _____%
 con incrementos de 5% en un rango desde 5% y hasta 200%
 Nota: Esta cobertura no aplica para los productos Internacional y Salud 15.

Paquete de Beneficios Adicionales*

Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental*
 Nota: Esta cobertura no aplica para el producto de Salud 15.

Tradicional
 Nota: Esta cobertura no aplica para los productos Internacional y Salud 15.

Elite
 Deducible: 1,500 USD 3,500 USD 5,000 USD 10,000 USD
 Nota: Esta cobertura no aplica para los productos Internacional y Salud 15.

Protección Dental Integral

Programa Cliente Especial
 Nota: Esta cobertura está incluida sin costo en los productos Internacional y Salud 15.

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

Cobertura de Dinero en Efectivo
 Renta: \$500 \$1,000 \$1,500 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)	Parentesco con el asegurado	% de participación

Datos de los solicitantes

No. solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular
		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.													

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.														

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.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

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 _____

Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las condiciones generales a través del portal axa.mx, o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.

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.

En caso de que alguna autoridad requiera mayor información de algún asegurado, el contratante deberá tener un expediente de la información antes mencionada y en caso que AXA requiera o solicite el expediente es responsabilidad del contratante entregarlo a la compañía en un plazo no mayor a 48 horas.

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, la aceptación 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.

Datos Personales (Aviso de Privacidad)

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, México, D.F. , 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 AXA Seguros 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 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? Sí No

Nombre y porcentaje de participación

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. Sí No

Que corresponda a su:

 Domicilio particular Domicilio laboral Otro (especificar) _____

Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?

Sí No En caso de contestar "No", especificar la causa y el nombre del tercero por el que actúa _____

Parentesco o vínculo con usted: _____

Domicilio de dicha persona: _____

Teléfono de dicha persona: _____

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 entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.**Datos del agente (aspectos internos de la compañía)**

	No. 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 07 de Noviembre del 2014, con el número CGEN-S0048-0148-2014.

Forma de pago					
Frecuencia de pago:			Conducto de pago:		
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* * Se recomienda por cargo automático.			<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito		
Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques					
Datos del contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)					
Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece.					
Banco	Cargo*	No. clabe (débito o cuenta de cheques)	No. plástico (crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°					
3°					
*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques.					
Por medio de la presente autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. que por conducto del banco de su elección y con base en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa, Master Card y/o American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el(los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario notificaré a la Compañía.					
Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que AXA Seguros, S.A. de C.V. dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:					
a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Compañía. b) Por rechazo bancario. c) Cancelación de Póliza.					
El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.					
Firma del contratante (tarjetahabiente)		Firma del agente		Lugar y fecha	