



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

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 cumplir con las políticas internas					
Desde las 12 hrs.		Día Mes Año		Hasta las 12 hrs.		Día Mes Año				
Datos del Contratante (solo 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										
RFC					CURP					
País de nacimiento							Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día Mes Año		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		Nacionalidad	
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión				
Correo electrónico										
Domicilio							No. exterior		No. interior	
Calle										
Colonia			Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)				
01			01			044				
Para personas morales							Folio mercantil			
Nombre(s) del(los) apoderado(s) legal(es)										
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera										
Domicilio					No. exterior		No. interior		Colonia	Código postal
Calle										
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono			
							01			
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"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
RFC					CURP			País de nacimiento		
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa			Día Mes Año		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)			
Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			Actividad o giro mercantil					
Ocupación o profesión				Correo electrónico						



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de Seguro Gastos Médicos Flex Plus®

Domicilio				No. exterior	No. interior
Calle					
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
01		01		044	
Para personas morales				Folio mercantil	
Nombre(s) del(los) apoderado(s) legal(es)					

Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera

Domicilio		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Calle					
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono	
				01	

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	<input type="checkbox"/> Colectivo	1		
¿Cuál? _____		2		

Plan

Gama hospitalaria	Tabulador médico (costo de consulta)	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro	Periodo de Pago de siniestro	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Diamante	<input type="checkbox"/> Roble \$1,000	<input type="checkbox"/> \$5,000,000	<input type="checkbox"/> \$9,000	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco
<input type="checkbox"/> Esmeralda	<input type="checkbox"/> Caoba \$425	<input type="checkbox"/> \$20,000,000	<input type="checkbox"/> \$11,500	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 2 años	<input type="checkbox"/> Semestral	
<input type="checkbox"/> Zafiro	<input type="checkbox"/> Cedro \$350	<input type="checkbox"/> \$100,000,000	<input type="checkbox"/> \$17,000	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 20 años	<input type="checkbox"/> Trimestral*	
	<input type="checkbox"/> Fresno \$300		<input type="checkbox"/> \$25,000	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 100 años	<input type="checkbox"/> Mensual*	<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito
	<input type="checkbox"/> Olivo \$200		<input type="checkbox"/> \$35,000			*Se recomienda por cargo automático	
			<input type="checkbox"/> \$55,000				
			<input type="checkbox"/> \$115,000				

Coberturas adicionales Flex Plus®

<input type="checkbox"/> Medicamentos fuera del Hospital	
<input type="checkbox"/> Maternidad Extendida	<input type="checkbox"/> \$25,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$45,000 Moneda Nacional
<input type="checkbox"/> Preexistencias	
<input type="checkbox"/> Deducible 0 x Accidente	
<input type="checkbox"/> Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos	
<input type="checkbox"/> Cobertura Nacional	
<input type="checkbox"/> Continuidad Garantizada	No. de Póliza Colectiva AXA _____ No. de certificado AXA _____
<input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero	
<input type="checkbox"/> Enfermedades Cubiertas en el Extranjero	Al contratar esta cobertura se incluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero.
<input type="checkbox"/> Atención en el Extranjero	Al contratar esta cobertura se incluyen las coberturas de Emergencia en el Extranjero y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero.
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral	
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia en Viajes	
<input type="checkbox"/> Cliente Distinguido	
<input type="checkbox"/> Conversión Garantizada	<input type="checkbox"/> \$500,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$750,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$1,000,000 Moneda Nacional Póliza Colectiva AXA* _____

*En caso de que la Póliza Colectiva con la que cuente el Asegurado sea con AXA.



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

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.														



Cuestionario médico (este cuestionario deberá ser contestado para cada uno de los solicitantes)							
1. ¿Alguno de los solicitantes tiene o ha tenido diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?							
a. Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2. Alguno de los solicitantes recibe algún tipo de tratamiento de forma constante, por intervalos de tiempo o de manera ocasional por:							
a. Molestias o dolor bajo de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte de cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
c. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. Cualquier otra causa no mencionada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3. En los últimos 5 años alguno de los solicitantes:							
a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
4. Actualmente alguno de los solicitantes:							
a. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b. ¿Presenta algún malestar, signo o síntoma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
5. ¿Alguno de los solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguno de los solicitantes ha variado su peso más de 7 kilos en el último año?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información.							
No. solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	No. de pregunta / inciso	Detalle (síntoma y/o diagnóstico)	Estado actual	No. de veces que las ha padecido	Inicio día/mes/año	Última vez día/mes/año



Nota importante (continuación)

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.

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 solo 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)

Mis datos serán tratados de conformidad con lo establecido en el Aviso de Privacidad Integral ubicado en axa.mx, y para todos los fines del Contrato de Seguro.

Cruzar la casilla que corresponda: Sí ___ No ___ otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente o intermediario de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.

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, para su consulta.

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
--	--------------------------------------

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



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

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
Agente 1				%	
Agente 2				%	
Firma del Contratante (solo 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 10 de agosto de 2018, con el número CNSF-S0048-0407-2018.



Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta

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. de clabe (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico (crédito o solo 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. a 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 y/o Master Card, 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 la Póliza.

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

Firma del Contratante (tarjetahabiente)	Firma del agente	Lugar y fecha

Quejas

1. Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)	2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)
<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1). Interior de la República: 01 800 737 76 63 (opción 1). Dirección: Félix Cuevas #366, piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Registro electrónico de comentarios: axasoluciones@axa.com.mx, o ingresa a axa.mx/web/servicios-axa/queja</p>	<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: (55) 53 40 0999 Interior de la República: 01 800 999 8080 Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx Registro de comentarios en asesoria@condusef.gob.mx</p>