

Solicitud No. **Datos del solicitante**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)		Fecha de nacimiento		Día Mes Año	Edad	
Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Estado civil		<input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Casado- unión libre	En caso de ser mujer ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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						
Llenar estos datos en caso de ser extranjero									
Domicilio					No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Tel. particular (con clave de ciudad)			

Datos laborales

Nombre de la empresa donde trabaja								
R.F.C.			C.U.R.P.			Ocupación o profesión		
Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores				Correo electrónico		Actividad o giro del negocio		
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					
Alguna otra ocupación			Describa en qué consisten sus labores			Empresa en que desempeña sus labores		

Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante titular)

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				Relación con el solicitante		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)			
R.F.C.		C.U.R.P.			Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)				
Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		Folio mercantil	Nacionalidad	
Constitución de la empresa		Correo electrónico			Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión		
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						
Llenar estos datos en caso de ser extranjero									
Domicilio					No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Tel. particular (con clave de ciudad)			

Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante titular)

Nombre del plan Temporal a 5 años renovable	Suma asegurada (moneda nacional): elegir una opción <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$200,000 <input type="checkbox"/> \$300,000	Frecuencia de pago Anual
---	---	------------------------------------

Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante titular)

Advertencia: en el 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 debe designarse 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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de participación

Otros seguros de vida

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o algún otro de forma voluntaria? Sí No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí No
En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

Cuestionario médico

Peso: _____ kg Estatura: _____ cms. Fuma: _____

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Diabetes | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Insuficiencia renal o pancreatitis | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. VIH, Sida o seropositivo al VIH | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique: _____

Autorización**De interés para el solicitante (debe leerlos antes de firmar)**

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a AXA Seguros, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio, gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que AXA Seguros lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que propocionen a AXA Seguros la información de su conocimiento y que a su vez AXA Seguros proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y otros que sean de su conocimiento.

Lugar y fecha:

Firma del contratante	Firma del solicitante

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 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 Seguros, 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.

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 Protección 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.

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Felix Cuevas 366, Piso 6, Tlacoquemécatl, 03200, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad en axa.mx

Como contratante o solicitante 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.

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.

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

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 compañía 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: _____

Nota: Se deberán recabar y adjuntar adicionalmente los datos (a través de un Formato Único debidamente llenado y firmado) y documentos de identificación del tercero según el tipo de persona.

Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.

Firma del Contratante	Firma del solicitante	Firma del agente	Lugar y fecha

Para aspectos internos de la compañía

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del(los) agente(s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del promotor	Porcentaje	Clave
Nombre del agente	Clave No.	Oficina de envío
Firma del agente	No. promotoría	Participación

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono: 01 800 633 9648 para aclaraciones y al 01 800 900 1292 para dudas, o visite axa.mx; o bien comunicarse a Condusef al teléfono: (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la República al: 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Básico Estandarizado de Vida quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de marzo de 2016, con el número CNSF-S0048-0642-2015/CONDUSEF-001155-01.