



Información de la Póliza									
Fecha de solicitud Día Mes Año			No. de Póliza		Nombre del Contratante				
Datos del titular									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
RFC:				CURP:					
País de nacimiento:		Estado de nacimiento:		Nacionalidad(es):		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura
Edad:				Fecha de nacimiento: Día Mes Año					
Correo electrónico:						Ocupación o profesión			
Domicilio									
Calle		No. exterior		No. interior	Colonia			Código Postal	
Municipio/Alcaldía		Población o ciudad		Estado		Teléfono celular o particular			
Datos de los dependientes.									
Se entenderá como dependientes del titular de Gastos Médicos Mayores, al cónyuge o concubino(a) y a sus hijos hasta los 25 años de edad.									
Tipo de trámite: ☐ Alta ☐ Baja ☐ Modificación									
Dependiente 1									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año			Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura	
Dependiente 2									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año			Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura	
Dependiente 3									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año			Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura	
Dependiente 4									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año			Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura	
Dependiente 5									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año			Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura	



Nota importante

Los dependientes económicos que por primera vez sean inscritos quedarán protegidos a partir de la fecha de nombramiento.
La baja del seguro se efectuará en un plazo de 45 días, periodo durante el cual se realizará el proceso de cancelación del descuento por nómina.

Aviso de privacidad

Autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA") con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México) llevar a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluidos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para fines del cuestionario médico, operación del servicio, y demás finalidades vinculadas con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada, o en su caso se vaya a celebrar y demás finalidades especificadas en el aviso de privacidad integral, disponible en [axa.mx](#) en la sección Aviso de Privacidad.

Con la firma de este cuestionario, autorizo a AXA el tratamiento de mis Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados. Si proporciono Datos de terceros, me comprometo a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral. Podré oponerme al tratamiento de mis Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en [axa.mx](#)

Autorizo mediante la presente firma de forma expresa y por escrito la transferencia de mis "Datos" relativos a la siniestralidad, incluyendo datos personales sensibles, al Contratante de la misma para el trámite de mis siniestros y demás finalidades especificadas en el Aviso de Privacidad Integral.

Firma del titular	Lugar y fecha