



Información de la Póliza									
Fecha de solicitud Día Mes Año			No. de Póliza		Nombre del Contratante				
Condiciones Para la población de la Colectividad Potestativa UNAM (Titulares y Dependientes), para cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones del servicio en territorio nacional, podrán elegir una opción de los siguientes rangos de Límite Máximo de Responsabilidad, siempre y cuando tenga la capacidad de retención nominal para el descuento de la prima según corresponda o la opción de pago de contado directamente a la aseguradora. ☐ \$1,000,000 ☐ 2,000,000 ☐ 3,000,000 Tipo de trámite: ☐ Alta ☐ Baja ☐ Modificación									
Nota: Si la Suma Asegurada en la póliza básica es de \$500,000 solo podrá elegir un exceso máximo de \$2,000,000 de Suma Asegurada para el exceso.									
Información de la póliza									
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.									
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):				



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de incorporación
UNAM – Póliza de Excesos

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		
Cuestionario médico						
Diagnostico o enfermedad	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis “C”	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
VIH, SIDA o seropositivo al VIH	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas especificar paciente y tratamiento especificando el estado actual, No. de veces que se ha padecido, fecha de Inicio (día/mes/año) y/o última vez que se ha padecido.						
Antecedentes no patológicos	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
¿Fuma?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Consume bebidas alcohólicas?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Consume o ha consumió algún tipo de droga?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso de fumar, indique cuántos cigarrillos al día: () desde cuándo: () y hasta qué fecha: () Si consume bebidas alcohólicas indique cantidad de copas: () frecuencia (diario, semanal o mensual) desde cuándo: () y hasta qué fecha: () Otros, especifique:						
Recibe algún tipo de tratamiento de forma constante, por intervalos de tiempo o de manera ocasional por:	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
Molestias o dolor bajo de espalda	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Dolor en el pecho	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Dificultad para respirar	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte del cuerpo	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cualquier otra causa no mencionada	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas especificar paciente y tratamiento especificando el estado actual, No. de veces que se ha padecido, fecha de Inicio (día/mes/año) y/o última vez que se ha padecido.						



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de incorporación
UNAM – Póliza de Excesos

Alguno de los Usuarios:	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Tiene pendiente alguna cirugía?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas especificar paciente y tratamiento especificando el estado actual, No. de veces que se ha padecido, fecha de Inicio (día/mes/año) y/o última vez que se ha padecido.						
Actualmente alguno de los Usuarios:	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Presenta algún malestar, signo o síntoma?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿ha variado su peso más de 7 kilos en el último año?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas especificar paciente y tratamiento especificando el estado actual, No. de veces que se ha padecido, fecha de Inicio (día/mes/año) y/o última vez que se ha padecido.						

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 esta lo estima conveniente. AXA Seguros, S.A. de C.V. me ha entregado una copia de las Condiciones Generales que regirán la Póliza que en su caso me extenderá, estando conforme con ellas sujeto a los términos y condiciones del contrato de no adhesión celebrado con la Universidad Nacional Autónoma de México para este fin. Autorizo la entrega de la documentación contractual, en la dirección electrónica arriba indicada, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción ☐ No

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, la oferta concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 de la póliza, 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 de mi póliza, 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.

Autorización de descuento

Por este conducto me permito expresar mi consentimiento para que la Universidad Nacional Autónoma de México retenga de mis percepciones la cantidad correspondiente a fin de cubrir la prima de mi póliza de excesos.

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.

Firma del titular	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 23 de septiembre de 2025, con el número CNSF-S0048-0241-2025.