



Información de la póliza									
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto ¿Cuál? _____					Número de póliza anterior			Folio	
Fecha de solicitud					Día Mes Año				
Vigencia*					*Debe cumplir con las políticas internas				
Desde las 12 horas		Día Mes Año		Hasta las 12 horas		Día Mes Año			
Datos del Contratante									
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 (con homoclave)					CURP				
País de nacimiento		Estado de nacimiento			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Ingresos mensuales-	
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa				Día Mes Año		Número de serie del certificado FIEL		Nacionalidad(es)	
Correo electrónico					Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión	
Domicilio							Número exterior		Número interior
Calle									
Colonia		Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular				Tel. oficina			Tel. celular		
Para personas morales Nombre(s) del(los) representante(s) legal(es)							Folio mercantil		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio			Número exterior		Número interior		Colonia		Código postal
Calle									
Población o ciudad		Estado			País		Teléfono		
Número de Identificación Fiscal (NIF)									
Plan									
Producto		Dividendos (solo Experiencia Propia)		Administración de la póliza (reportes de altas y bajas)			Forma de pago		Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Línea Hospitalaria <input type="checkbox"/> Tabla de Procedimientos Terapéuticos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ %		<input type="checkbox"/> Normal, con cobro en el momento <input type="checkbox"/> Autoadministrado, con ajustes (solo Experiencia Global, más de 100 asegurados)			<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco
Dividendos (observaciones):									





Línea Hospitalaria (llenar en caso de haber elegido este producto)		
	Actual/Vigente	Solicitado
Nivel hospitalario	_____	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Magno
Suma asegurada	_____ UMAM	_____ UMAM
Tabulador	_____	_____
Deducible	_____ UMAM	_____ UMAM
Coaseguro	_____ %	_____ %
Tope de coaseguro	_____ UMAM	_____ UMAM

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual

Coberturas opcionales con costo		
<input type="checkbox"/> Paquete de beneficios adicionales		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Atención médica en el extranjero (CAME)		
Suma asegurada	_____	<input type="checkbox"/> 250,000 USD <input type="checkbox"/> 500,000 USD
Deducible	_____	<input type="checkbox"/> 250 USD <input type="checkbox"/> 500 USD
Coaseguro	_____	20%
<input type="checkbox"/> Cobertura de Gastos médicos complementarios		<input type="checkbox"/> 20,000 MXN (menos de 20 asegurados) <input type="checkbox"/> 500,000 MXN (más de 20 y hasta 30 asegurados) <input type="checkbox"/> 3,000,000 MXN (más de 30 asegurados)
Suma asegurada	_____	
<input type="checkbox"/> Plan dental	_____	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Platinum
<input type="checkbox"/> Check up		
<input type="checkbox"/> Fondos especiales		

Tabla de Procedimientos Terapéuticos (llenar en caso de haber elegido este producto)		
	Actual/Vigente	Solicitado
Honorarios quirúrgicos		<input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/> GUA
Suma asegurada	_____ UMAM	_____ UMAM
Deducible	_____ UMAM	_____ UMAM
Coaseguro	_____ %	_____ %

AI-263 • DICIEMBRE 2020



Coberturas opcionales con costo	Actual/Vigente	Solicitado
<input type="checkbox"/> Ambulancia aérea		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Parto normal Suma asegurada Deducible Coaseguro	 <hr/> <hr/>	 <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Urgencia médica en el extranjero Suma asegurada Deducible Coaseguro	 <hr/> <hr/>	 <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Cobertura de Gastos médicos complementarios Suma asegurada Deducible Coaseguro	 <hr/> <hr/>	 <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Protección dental		
<input type="checkbox"/> Asistencia visión		
<input type="checkbox"/> Check up		
<input type="checkbox"/> Fondos especiales		

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual      GUA: Gasto Usual y Acostumbrado

**Cobertura de Gastos médicos complementarios\***

\*Esta cobertura solo se cubre en estudios de Experiencia Propia y de acuerdo con las políticas vigentes de la compañía.

**En caso de contratar la cobertura de Gastos médicos complementarios, favor de contestar y anexar la siguiente información:**

Periodo de reporte de siniestralidad:								Monto total pagado	
Fecha inicial	Día	Mes	Año	Fecha final	Día	Mes	Año	¿Incluye IVA?	
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

En archivo formato .xls deberá anexar la información a detalle de la siniestralidad a nivel reclamación (cada uno de los pagos efectuados por el siniestro en el periodo reportado), incluyendo al menos los siguientes datos: nombre completo del integrante afectado, sexo, edad o fecha de nacimiento, fecha de primer gasto, fecha de registro, padecimiento o diagnóstico, número de siniestro, monto pagado, fecha del último pago y suma asegurada con la que se abrió el siniestro.

**Características de la colectividad asegurable**

**Características de la colectividad:**  Con relación laboral     Sin relación laboral

**Garantiza prestaciones u obligaciones:**  Sí     No

Los integrantes se adhieren a la solicitud de seguro por:  Prestación laboral     Voluntario

**¿Quién proporciona los recursos para el pago de las primas?**

	Prestación al 100%	% de contribución		Total
		Patrón o Contratante	Empleado o asegurado	
<b>Empleado o asegurado</b>				100%
<b>Dependientes económicos</b>				100%

La participación mínima del patrón será de 51%.



Población total de la colectividad	Número de titulares (tales como trabajadores y/o empleados)	Número de dependientes económicos (tales como cónyuge, hijos y/o madre, y/o padre)	Número de personas a asegurar
------------------------------------	---	--	-------------------------------

La información mínima necesaria de la población a asegurar que debe proporcionar el Contratante a la compañía es: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), fecha de nacimiento, sexo, subgrupo, relación del asegurado con el titular, fecha de ingreso del asegurado a la póliza, ocupación, nacionalidad, CURP, relación del asegurado con el Contratante, fecha de ingreso del asegurado a la colectividad, si el asegurado estuvo asegurado en otra compañía (especifique), número de empleado, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico. Esta información deberá enviarse por medio electrónico.

### 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. 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 ha dado personalmente todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, que son verídicas y están completas; asimismo, conviene en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias para el Contrato de seguro solicitado y en que constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

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. Asimismo, hago constar que, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, puedo consultar las Condiciones generales que se encuentran disponibles en [axa.mx](http://axa.mx)

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 al efecto indico en el apartado "Datos de Contratante" de esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción: \_\_\_\_ "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico".

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 de 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)**

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 6, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud del seguro, para emitir su póliza y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del Contrato de seguro y demás finalidades previstas en el Aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de Privacidad".

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad integral.

**Llenar en caso de que el contratante sea una persona física:**

Sí  No autorizo que AXA trate mis datos personales, patrimoniales y financieros proporcionados en esta solicitud para las finalidades anteriormente mencionadas.

**Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**

En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, o, en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, o bien, 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

Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público	Puesto desempeñado
Nombre del relacionado con la figura pública	Relación

¿Es usted quien pagará la prima? Sí  No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único respectivo:

¿Actúa por cuenta propia o por cuenta de un tercero? Sí  No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único respectivo:

**Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)**

Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como en lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., y de aquellas que las sustituyan o las completen, yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones.

Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente
----------------------------	------------	------------------



Datos de agente (aspectos internos de la compañía)					
	Número de agente	Nombre del agente	Comisión	C. de contribución	Cesión de comisión
Agente 1			%		%
Agente 2			%		%
Firma del Contratante o representantes legales		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: En la Ciudad de México: <b>55 5169 2746</b> (opción 1) Interior de la República: <b>800 737 7663</b> (opción 1) Dirección: Félix Cuevas 366, piso 56 col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país, visita <a href="http://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios">axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios</a> Horarios 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: <a href="mailto:axasoluciones@axa.com.mx">axasoluciones@axa.com.mx</a> o ingresa a <a href="http://axa.mx/web/servicios-axa/queja">axa.mx/web/servicios-axa/queja</a></p>	<p>Si tienes alguna queja, comunícate con nosotros a los teléfonos: En la Ciudad de México: <b>55 53 40 0999</b> Interior de la República: <b>800 999 8080</b> Dirección: av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, 03100, CDMX, México. Para consultar las oficinas de atención en el resto del país, visita <a href="http://www.condusef.gob.mx">www.condusef.gob.mx</a> Registro de comentarios en <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a></p>

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 6 de enero de 2021, con el número CGEN-S0048-0217-2020/Condusef-G-00807-002.

