



Información de la póliza									
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación					Número de póliza anterior			Folio	
Fecha de solicitud					Día Mes Año				
Vigencia*					*Debe cumplir con las políticas internas				
Desde las 12 horas					Hasta las 12 horas				
Día Mes Año					Día Mes Año				
Datos del Contratante									
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Otro(a):								Clave de uso CFDI	
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social									
RFC o número de identificación fiscal (NIF)					CURP				
País de nacimiento		Estado de nacimiento		Régimen Capital				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Nacionalidad(es)					
Correo electrónico				Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Domicilio Calle				Número exterior		Número interior		Colonia	
Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado		Tel. particular	
Para personas morales Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)								Folio mercantil	
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio Calle		Número exterior		Número interior		Colonia		Código postal	
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 Experiencia Propia		
<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%
Coberturas opcionales con costo Experiencia Global		
<input type="checkbox"/> Ayuda por Maternidad (MATE)		<input type="checkbox"/> 10 UMAM <input type="checkbox"/> 15 UMAM <input type="checkbox"/> 20 UMAM
<input type="checkbox"/> Preexistencia (PREE)		<input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 0 meses*
<input type="checkbox"/> Pago de Complementos (COMPL)		
<input type="checkbox"/> Cobertura Nacional (CONA)		
<input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero (EMER)		
<input type="checkbox"/> Atención Médica en el Extranjero (ATEX)		<input type="checkbox"/> 500,000 USD <input type="checkbox"/> 1,000,000 USD <input type="checkbox"/> Suma Asegurada CB
<input type="checkbox"/> Deducible Cero por Accidente (DED0)		
Coberturas opcionales con costo ambas experiencias		
<input type="checkbox"/> Paquete de beneficios adicionales		
<input type="checkbox"/> Plan dental		
<input type="checkbox"/> Check up		
<input type="checkbox"/> Fondos especiales		

AI-263 • MAYO 2024



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	_____ %	_____ %
Coberturas opcionales con costo	Actual/Vigente	Solicitado
<input type="checkbox"/> Ambulancia aérea		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Parto normal		
Suma asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Urgencia médica en el extranjero		
Suma asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cobertura de Gastos médicos complementarios		
Suma asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<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	Día	Mes	Año	Fecha	Día	Mes	Año			¿Incluye IVA?	
inicial				final						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 aperturó el siniestro.

AI-263 • MAYO 2024



Características de la colectividad asegurable				
Características de la colectividad: <input type="checkbox"/> Con relación laboral <input type="checkbox"/> Sin relación laboral				
Garantiza prestaciones u obligaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Los integrantes se adhieren a la solicitud de seguro por: <input type="checkbox"/> Prestación laboral <input type="checkbox"/> Voluntario				
¿Quién proporciona los recursos para el pago de las primas?				
	Prestación al 100%	% de contribución		Total
		Patrón o Contratante	Empleado o asegurado	
Empleado o asegurado				100%
Dependientes económicos				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.				
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				
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".				



#### Nota importante (continuación)

En caso de que alguna autoridad requiera más 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.

#### 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

En caso afirmativo, mencione nombre completo \_\_\_\_\_

Puesto desempeñado \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_

Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?: ☐ Sí ☐ No  
En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo.

¿Es usted quién pagará la prima?: ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, y llenar el Formato único respectivo para esa persona.

#### Aviso de privacidad

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, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud de Seguro, en su caso, 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".

Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas, así como la transferencia de dichos datos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y las entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente. La firma de este documento servirá como manifestación expresa de dicha autorización, en caso contrario manifestarlo.

Serán tratados sus datos personales, para finalidades secundarias establecidas en el aviso de privacidad, por lo que, si usted se opone al tratamiento para dichas finalidades secundarias, deberá indicarlo a través del procedimiento establecido en el Aviso de Privacidad.

Le informamos que usted tiene en todo momento los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición) al tratamiento de sus datos personales, a través del procedimiento establecido en el aviso de privacidad. En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepta su obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad Integral.

☐ Autorizo la transferencia de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud o los derivados de la relación jurídico contractual a mi agente de seguro o bróker para el seguimiento de mi póliza, así como compartir la siniestralidad de la misma.

Nombre y firma del cliente o del representante legal o el propio	Lugar y fecha



Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? \* ☐ Sí ☐ No  
En caso negativo, requisitar el Formato único correspondiente.

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

☐ Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente

**Datos de agente (aspectos internos de la compañía)**

	Número de agente	Nombre del agente	Comisión	Centro 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>Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página o llame a los teléfonos <b>800 737 7663</b> (opción 1) y <b>55 5169 2746</b> (opción 1) desde la Ciudad de México, en un horario de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escríbanos a <b>axasoluciones@axa.com.mx</b></p> <p>Asimismo, puede dirigirse a la Condusef en av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, C.P. 03100, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o contactar a través de los teléfonos 55 5340 0999 y <b>800 999 80 80</b> o al correo <b>asesoria@condusef.gob.mx</b></p>	<p>Si tienes alguna queja, comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>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.</p> <p>Para consultar las oficinas de atención en el resto del país, visita <b>www.condusef.gob.mx</b> Registro de comentarios en <b>asesoria@condusef.gob.mx</b></p>

AI-263 • MAYO 2024

**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 15 de mayo de 2024, con el número CGEN-S0048-0033-2024/CONDUSEF-G-01617-001.**