

Información de la póliza									
Póliza				No. de póliza anterior				Folio Pegaso	
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto									
Fecha de solicitud									
Día Mes Año									
Vigencia*				* Debe cumplir con las políticas internas					
Día Mes Año				Día Mes Año					
Desde las 12 hrs.				Hasta las 12 hrs.					
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									
R.F.C.				C.U.R.P.				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa				Día Mes Año	
								Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	
Nacionalidad									
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Correo electrónico				Actividad o giro mercantil	
¿Cuál?				Ocupación o profesión					
Domicilio								No. exterior	
Calle								No. interior	
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							
Para personas morales								Folio mercantil	
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)									
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en el país de origen				No. exterior		No. Interior		Colonia	
Calle								Código postal	
Población o ciudad				Estado		País		Teléfono	
Plan									
Gama hospitalaria		Suma asegurada		Deducible		Coaseguro		Forma de pago	
<input type="checkbox"/> 360		<input type="checkbox"/> 300 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 2,000 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 3 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> Anual	
<input type="checkbox"/> 270		<input type="checkbox"/> 400 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 3,000 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 5 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> Semestral	
<input type="checkbox"/> 180		<input type="checkbox"/> 500 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 5,000 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 10 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> Trimestral	
<input type="checkbox"/> 90		<input type="checkbox"/> 600 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 8,000 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 15 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> Mensual	
		<input type="checkbox"/> 1,000 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 10,000 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 20 SMGMVDF			
		<input type="checkbox"/> 1,500 SMGMVDF		<input type="checkbox"/> 20,000 SMGMVDF					
								<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco	

Coberturas opcionales con costo			
<input type="checkbox"/> Cobertura de Atención Médica en el Extranjero			
<input type="checkbox"/> Continuidad de Cobertura	Se debe llenar el Layout que aparece en el cotizador y anexarlo a esta solicitud.		
<input type="checkbox"/> Preexistencias			
<input type="checkbox"/> Check Up (Sólo para mayores de 18 años)	<input type="checkbox"/> \$ 8,000	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> 12,000
<input type="checkbox"/> Incremento de Suma Asegurada de Maternidad	<input type="checkbox"/> 15 SMGMVDF	<input type="checkbox"/> 20 SMGMVDF	<input type="checkbox"/> 25 SMGMVDF
<input type="checkbox"/> Incremento Base de Rembolso	<input type="checkbox"/> 35 SMGMVDF	<input type="checkbox"/> 75 SMGMVDF	
Servicios de asistencia opcionales con costo			
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral	<input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Universal <input type="checkbox"/> Absoluto		
<input type="checkbox"/> Vive en Balance			
<input type="checkbox"/> Orientación Telefónica Nutricional			
SMGMVDF: Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal.			
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"/> Pretación laboral <input type="checkbox"/> Voluntario			

¿Quién proporciona los recurso 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
	+	=	
Dependientes económicos <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Elegibilidad de la colectividad asegurable, ejemplos: empleados, gerentes, directivos, etc.			
¿Estaba esta colectividad asegurada en la vigencia anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía <input type="checkbox"/> AXA Seguros <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? _____	
Actividad de los asegurados de la colectividad:			
¿Cuál es la relación contratante - asegurado titular? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Cliente/Proveedor <input type="checkbox"/> Por honorarios <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____			
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, género, 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 ésta 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 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.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las condiciones generales me sean entregadas en formato digital o electrónico, o bien a través del portal axa.mx, sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA.

Autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos mis historiales médicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad.

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 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 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, la aceptación 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.

Datos Personales (Aviso de Privacidad)

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535 piso 27, Colonia Del Valle, Código Postal 03100, Delegación Benito Juárez, 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 Integral en axa.mx.

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 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. Firma _____.

☐ Al marcar la siguiente casilla, el contratante conviene con **AXA Seguros, S.A. de C.V.** mantener los expedientes de identificación de los asegurados durante toda la vigencia de la póliza y a entregarlos a AXA Seguros, S.A. de C.V. de manera digitalizada en el momento en que ésta lo requiera o bien al concluir la vigencia de la póliza.

☐ Al marcar la casilla siguiente, el contratante conviene con **AXA Seguros, S.A. de C.V.** (en adelante "AXA") a resguardar los consentimientos de uso de los Datos Personales y sensibles de los asegurados de la colectividad, y a entregarlos a AXA Seguros, S.A. de C.V. al momento en que ésta lo requiera, así como entregar a los asegurados de la colectividad el Aviso de Privacidad de AXA en donde se establecen los lineamientos de uso de datos, ya sea por vía electrónica o física.

Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros.

Sí _____ No _____ Firma _____ "En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**".

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares (solicitantes), acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA favor de marcar la siguiente casilla. Sí ☐ No ☐

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 (contratante)

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 Institución 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:

Como resultado de entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.**Datos del agente (aspectos internos de la compañía)**

	No. 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 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 19 de septiembre del 2014, con el número RESP-S0048-0008-2014.