



Información de la Póliza											
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Alta de Asegurado <input type="checkbox"/> Inclusión de cónyuge / Dependientes <input type="checkbox"/> Cambio de producto / Deducible					Folio						
Número de Póliza anterior		Fecha de solicitud		Día Mes Año							
Vigencia (debe cumplir con las políticas internas)											
Desde las 12 horas		Día Mes Año		Hasta las 12 horas							
Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Otro(a) _____					Clave de uso de CFDI						
Ingreso anual aproximado (MXN)											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social											
RFC o número de identificación fiscal (NIF)					Régimen capital						
CURP					País y estado de nacimiento			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa			Día Mes Año		Número de serie del certificado FIEL			Nacionalidad(es)			
Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión			Correo electrónico					
Domicilio							No. exterior		No. interior		
Calle		Colonia		Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad			
Tel. particular		Tel. oficina		Tel. celular							
Para personas morales Nombre(s) completo(s) de(los) representante(s) legal(es)							Folio mercantil				
Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Otro(a) _____					Clave de uso de CFDI						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social					RFC o número de identificación fiscal (NIF)						
Régimen capital		CURP			País y estado de nacimiento						
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Número de serie del certificado FIEL					
Nacionalidad(es)		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión			Correo electrónico				
Domicilio							No. exterior		No. interior		
Calle		Colonia		Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad			
Tel. particular		Tel. oficina		Tel. celular							
Para personas morales Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)							Folio mercantil				



Otros seguros de gastos médicos mayores										
¿Tiene usted seguro médico con otra compañía de seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
<input type="checkbox"/> AXA Seguros	Póliza	Número de Póliza individual				Número de Póliza colectivo				
<input type="checkbox"/> Otra compañía	1									
¿Cuál? _____	2									
¿Piensa seguir con la cobertura con la otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
¿Usted anteriormente ha tenido cobertura de gastos médicos de salud con Global Benefits Group (GBG) o con AXA?										
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Número de Póliza _____										
Plan										
Tipo de producto		Deducible			Forma de pago			Conducto de pago		
<input type="checkbox"/> Globalmex Protection <input type="checkbox"/> Globalmex Assure <input type="checkbox"/> Globalmex Choice		<input type="checkbox"/> \$1,000 USD <input type="checkbox"/> \$2,000 USD <input type="checkbox"/> \$3,500 USD (solo para <i>Choice</i>) <input type="checkbox"/> \$5,000 USD <input type="checkbox"/> \$10,000 USD <input type="checkbox"/> \$20,000 USD (no aplica para <i>Choice</i>)			<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* *Se recomienda por cargo automático			<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito		
Datos de los Solicitantes / Dependientes										
No. de Solicitante	CURP o ciudad de nacimiento	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Ha tramitado ante alguna autoridad un cambio de nombre		Género		Fecha de nacimiento			Ocupación
			Sí	No	M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*										
2. Cónyuge*										
3. Hijo(a)*										
4. Hijo(a)*										
5. Hijo(a)*										
6. Hijo(a)*										
7. Hijo(a)*										
8. Hijo(a)*										
9. Hijo(a)*										
10. Hijo(a)*										
*En adelante, se mencionarán a los Solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.										
¿Alguno de los solicitantes habita en un domicilio diferente al del Titular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
En caso afirmativo, por favor, indicar el domicilio de cada solicitante en el formato Anexo Globalmex domicilio .										



Estatura, peso y hábitos														
No. de Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma o ha fumado?		Desde - Hasta (año/año)	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														

Cuestionario médico A (este cuestionario deberá ser contestado, si hay cobertura con otra compañía de seguro internacional calificada y la edad máxima de los Solicitantes es 64 años. Las respuestas deben aplicarse para cada uno de los Solicitantes)

1. Indique si el Solicitante Titular o alguno de sus dependientes ha recibido diagnóstico, pruebas, hospitalización o recomendación de tratamiento para alguna de las siguientes:	
a. ¿Cualquier tipo de tumor (cáncer o tumores benignos) o cualquier tipo de desórdenes de la sangre como leucemia, linfoma, mielodisplasia, anemias, hemofilia o otras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Cualquier trastorno cardiovascular como enfermedad coronaria, ataque al corazón, aneurisma, accidente cerebrovascular, arritmias, presión arterial o cualquier histórico de problemas de la glucosa tales como la diabetes o prediabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Cualquier trastorno de los riñones, gastrointestinales, del hígado, páncreas o de los pulmones tales como insuficiencia renal crónica, riñones poliquísticos, cirrosis hepática, hepatitis crónica, pancreatitis, bronquitis crónica, enfisema o fibrosis pulmonar, entre otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Cualquier trastorno neurológico o psiquiátrico tales como la esclerosis múltiple, Parkinson o Alzheimer, convulsiones, depresión mayor, esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar o trastornos congénitos como síndromes genéticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Trasplante de órganos, uso de medicamentos altamente especializados, trastornos autoinmunes como el lupus, vasculitis, artritis reumatoide, esclerodermia, psoriasis, afecciones de la columna, articulaciones o huesos, o cualquier otra condición médica que no haya sido mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguno de los Solicitantes fue hospitalizado en los últimos 24 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Está usted o cualquiera de sus dependientes (cónyuge o niñas) embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿A alguno de los Solicitantes se le ha aconsejado someterse a un procedimiento quirúrgico, hospitalización o pruebas que no se han completado todavía, o está esperando los resultados de alguna prueba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido alguno de los Solicitantes algún síntoma, problema de salud, lesión o trastorno no mencionado anteriormente que haya consultado o no con un profesional médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Cuestionario médico B (este cuestionario deberá ser contestado si no hay cobertura con otra compañía de seguros internacional calificada o si la edad máxima de los Solicitantes es igual o mayor a 65 años. Las respuestas deben aplicarse para cada uno de los Solicitantes)

1. Indique si el Solicitante Titular o alguno de sus dependientes ha recibido diagnóstico, pruebas, hospitalización o recomendación de tratamiento para alguna de las siguientes:	
a. ¿Convulsiones o cualquier tipo de trastorno convulsivo, parálisis, migrañas, esclerosis múltiple o algún otro trastorno neurológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Algún trastorno mental, conductual o emocional como depresión, ansiedad, neurosis, psicosis, desórdenes alimenticios, autismo o necesidad de cualquier tipo de psicoterapia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Presión arterial alta, colesterol alto o triglicéridos, ataque cardíaco, aneurisma, accidente cerebrovascular, dolor en el pecho o palpitaciones, coágulos de sangre o cualquier otro trastorno cardíaco o circulatorio? En caso de ser afirmativa su respuesta, indique la lectura más reciente de la presión arterial: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Asma, alergias, bronquitis, sinusitis o algún trastorno pulmonar o respiratorio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Hepatitis (o resultado positivo en prueba de hepatitis), colitis, diarrea crónica, hernia hiatal, esofagitis, úlcera en el estómago o duodeno, hemorroides, problemas de vesícula biliar, pancreatitis o cualquier trastorno hepático, pancreático o digestivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. ¿Cáncer, tumores benignos, quistes o ganglios linfáticos inflamados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. ¿Psoriasis, dermatitis o cualquier trastorno de la piel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. ¿Anemia, hemofilia o algún trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. ¿Cálculos renales, problemas de la vejiga o algún otro tipo de trastorno renal o urinario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. ¿Trastornos de mamas, ovarios o útero, afecciones de la próstata o índice elevado de antígeno prostático específico (PSA), endometriosis, enfermedades de transmisión sexual o cualquier otro trastorno del aparato genital o reproductor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. ¿Artritis reumatoide o cualquier tipo de artritis, reumatismo, lupus o cualquier tipo de trastorno autoinmune; cualquier trastorno de las rodillas, hombros, problemas de columna vertebral o cualquier otro trastorno de las articulaciones, músculos o huesos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
l. ¿Diabetes, trastornos tiroideos, pituitarios, suprarrenales o cualquier otra afección endocrina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
m. ¿Cataratas, glaucoma o cualquier trastorno de los ojos, pérdida auditiva o cualquier trastorno de oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
n. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (CRS), VIH positivo u otros trastornos inmunológicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
o. ¿Defectos congénitos, mutaciones genéticas o trastornos hereditarios o cualquier malformación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguno de los Solicitantes ha aumentado o perdido más de 12 kg de peso en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Es alguno de los Solicitantes candidato o receptor de algún tipo de trasplante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguno de los Solicitantes ha estado hospitalizado en los últimos 10 años por alguna razón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿A alguno de los Solicitantes le ha sido negado, postergado, sobrecargado o limitado un seguro de vida, salud o accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Participa usted en alguna profesión, deporte o pasatiempo que potencialmente podría considerarse peligroso o en cualquier deporte profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿A alguno de los Solicitantes se le ha aconsejado someterse a un procedimiento quirúrgico, hospitalización o pruebas que no se han completado todavía, o está esperando los resultados de alguna prueba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha tenido alguno de los Solicitantes algún síntoma, problema de salud, lesión o trastorno no mencionado anteriormente, para el cual ha consultado o no con un profesional médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Uso exclusivo para mujeres:	
a. ¿Está usted embarazada en este momento? Fecha probable de parto: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Si está embarazada, es este embarazo el resultado de un tratamiento de infertilidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Tiene historia de complicaciones con embarazos anteriores (como eclampsia, parto prematuro, etc.) o tiene complicaciones anticipadas con este embarazo, si está embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

AI - 430 • MAYO 2023



En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas de los cuestionarios médicos A y B, especificar la siguiente información:

No. de Solicitante	Número de pregunta / inciso	Condición / Diagnóstico	Tratamiento (cirugía / medicamento)	Fechas de tratamiento (desde / hasta / continuo)	Estado actual	Nombre y teléfono del centro médico

Medicamentos (aplicable a los cuestionarios A y B)

¿El Solicitante Titular o alguno de los dependientes toma o ha tomado medicamentos ? ☐ Sí ☐ No

No. de Solicitante	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón de uso

¿Alguno de los Solicitantes tiene antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o trastorno mental? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcionar la siguiente información:

No. de Solicitante	Parentesco	Enfermedad(es)	Edad en caso de fallecimiento



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.

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".

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

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 quien 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 del 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.

☐ Sí acepto

☐ No acepto

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 en la siguiente casilla. ☐

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.

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 apoderado / agente (aspectos internos de la compañía)

	Número de agente	Nombre del agente	Comisión	C. de contribución	Cesión de comisión
Agente 1			%		%

Firma del Contratante (solo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante Titular (o su representante legal si es menor de edad)	Firma del agente	Lugar y fecha



Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques

Datos del Contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

Banco	Cargo*	Número CLABE (débito o cuenta de cheques)	Número de plástico tokenizado (crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1º					
2º					
3º					

*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques.

Por medio de la presente autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario notificaré a la compañía.

Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la compañía. **b)** Por rechazo bancario. **c)** Cancelación de la Póliza.

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

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 800 737 7663 (opción 1) y 55 5169 2746 (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 escribanos a axasoluciones@axa.com.mx. 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 800 999 80 80 o al correo asesoria@condusef.gob.mx.

En cumplimiento con 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 % de >i b]c del &\$&' , con el número CNSF-S0048-\$\$\$-&\$&' , a partir del día % de >i b]c del &\$&' ž con el número CNSF-S0048-\$\$\$-&\$&' y a partir del día % de >i b]c del &\$&' , con el número CNSF-S0048-\$\$\$-&\$&3.

Firma del Contratante (tarjetahabiente)	Firma del agente	Lugar y fecha

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de privacidad".

Marcar la siguiente casilla, solo si el Contratante es una persona distinta al Solicitante.

☐ Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales bancarios para el cobro de la prima y las finalidades mencionadas.