



Lugar	Fecha	D	D	M	M	A	A	A	A	No. de Póliza
Datos generales										
Nombre del Asegurado										
Nombre del Contratante										
Lugar de nacimiento	Nacionalidad			Fecha de nacimiento			Doble nacionalidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			
Calle							No. exterior		No. interior	
Colonia			C.P.		Población			Estado		
Teléfono celular		Teléfono de oficina			Mail					
Ciudadanía en el extranjero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			Residencia fiscal en el extranjero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			No. de Identificación Fiscal en el Extranjero				
Domicilio en el extranjero					RFC			No. de Agente		
El Contratante de la Póliza en referencia solicita a AXA Seguros S.A. de C.V., que dicha Póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes especificaciones:										
Egresos										
El trámite es para pago de prima o aportación de otra Póliza: () Sí, número de Póliza: _____ () No ¿Ha ocurrido siniestro? (Fallecimiento): () Sí () No										
1. <input type="checkbox"/> Rescate (terminación del contrato)					3. <input type="checkbox"/> Retiro del fondo: _____ () MN () Dólares () UDIS					
2. <input type="checkbox"/> Préstamo _____ () MN () Dólares () UDIS					4. <input type="checkbox"/> Pago de vencimiento					
Cambios con efecto técnico										
1. <input type="checkbox"/> Corrección de Edad y/o fecha de nacimiento					5. <input type="checkbox"/> Inclusión de Aportaciones Programadas Monto: _____ Fondo: _____					
2. <input type="checkbox"/> Reconsideración de Dictamen					6. <input type="checkbox"/> Cambio de Plan o Derecho de Conversión De: _____ a: _____					
3. <input type="checkbox"/> Modificación de Suma Asegurada Básica Incremento o Disminución De: _____ a: _____					7. <input type="checkbox"/> Modificación en Incrementos al INPC o IPC Alta _____ Cancelación _____					
4. <input type="checkbox"/> Modificación de Beneficios Adicionales Inclusión: _____ Exclusión: _____ Incremento o Disminución De: _____ a: _____ Cobertura(s) _____					8. <input type="checkbox"/> Inclusión/Exclusión de Asegurados o Mancomunado					
					9. <input type="checkbox"/> Seguro Saldado					
					10. <input type="checkbox"/> Seguro Prorrogado					
Cambios sin efecto técnico										
1. <input type="checkbox"/> Modificación/ Cambio de nombre					7. <input type="checkbox"/> Cambio de Porcentaje de Asignación de Primas en Fondos: _____					
2. <input type="checkbox"/> Cambio de Contratante					8. <input type="checkbox"/> Duplicado de Póliza					
3. <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio					9. <input type="checkbox"/> Situación de Póliza					
4. <input type="checkbox"/> Cambio de frecuencia de pago (anual, semestral, etc.) De: _____ a: _____					10. <input type="checkbox"/> Estado de cuenta					
5. <input type="checkbox"/> Inclusión o Modificación al Fideicomiso Cambio de forma de pago					11. <input type="checkbox"/> Cambio de Beneficiarios ¿ Ha ocurrido siniestro? (Fallecimiento) Sí _____ No _____					
6. <input type="checkbox"/> Pago referenciado () Cargo automático () Cambio de tarjeta ()					12. <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____					

**Beneficiarios**

Advertencia: en el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representante de herederos y otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Solicito que cambien a partir de esta fecha los Beneficiarios de mi Póliza bajo referencia a quedar como sigue:

	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
1				
2				
3				
4				

Domicilio de los Beneficiarios (solo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante titular).

1	
2	
3	
4	

Detalle de las modificaciones a efectuar u observaciones:

NOTAS

Para los trámites mencionados en la presente solicitud, que así lo requieran, es indispensable anexar los documentos señalados en la sección "Documentos Requeridos".

En caso de que la Póliza sea mancomunada y se requiera alguna modificación, se deberá elaborar una Solicitud de Cambio en Póliza para cada uno, especificando de qué Asegurado se trata.

Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en www.axa.mx, y para todos los fines del Contrato de Seguro.

☐ Sí ☐ No Otorgo mi consentimiento para que AXA transfiera con mi agente de seguros todos los datos relacionados con la siniestralidad de mi Póliza. En ese sentido el intermediario/ejecutivo/agente tendrá carácter de responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.

Con la firma de la presente solicitud el cliente declara que se le hizo entrega de una copia de este documento. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros.

En caso de que mi solicitud de préstamo sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual relacionada con esta solicitud de préstamo me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que a continuación se indica, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción: ☐ **No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico.** Correo electrónico _____

Declaro y acepto que los movimientos mencionados en el apartado denominado "Egresos" de esta solicitud, que generen un importe a mi favor, serán pagados por AXA en moneda nacional al tipo de cambio vigente en la fecha en que se emita la orden de pago correspondiente, en caso de pólizas contratadas en moneda distinta de la moneda nacional.

Como Contratante y/o Asegurado acepto que la presente solicitud formará parte de la documentación contractual de mi producto de seguro, así como que el resto de los términos y condiciones contratados en forma previa a esta solicitud no sufren cambio alguno.



NOTAS (continuación)

Este documento carece de validez si no contiene la firma del Contratante y/o asegurado.

Firma Contratante	Firma Asegurado	Firma promotor	Firma agente

Lo invitamos a revisar los detalles de coberturas, exclusiones y restricciones de su Póliza en la documentación contractual o bien en axa.mx.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía ubicada en la dirección indicada al pie de página. Tel. 01 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México: 5169 2746 (opción 1) 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 o bien comunicarse a Condusef al teléfono: (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al: 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.

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 4 de abril de 2018, con el número CGEN-S0048-0016-2018.

**Documentos requeridos:****Egresos**

Trámite	Formato Único	Identificación oficial vigente	Estado de cuenta (no mayor a 3 meses)	Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses)
1. Rescate (concluyen los derechos del contrato)	X	X	X	X
2. Préstamo	X	X	X	X
3. Retiro del Fondo	X	X	X	X
4. Pago de Vencimiento	X	X	X	X

Para agilizar tu trámite te sugerimos solicitar el pago vía transferencia electrónica. En este caso ingresa estado de cuenta bancario donde aparezca la Cuenta Clabe.

Cambios con efecto técnico

Trámite	Formato Único	Identificación oficial vigente	Solicitud de seguro	Acta de nacimiento o pasaporte	Cuestionario del riesgo/ Carta detalle
1. Corrección de edad y/o fecha de nacimiento	X	X		X	
2. Reconsideración de Dictamen (Cambio de Extraprima). En caso de reconsideración ocupacional proporcionar carta con nombre, giro de la empresa, detalle de actividades, lugar donde las desempeña y frecuencia, nombre y firma del solicitante.		X			X
3. Modificación de Suma Asegurada Básica, Incremento o Disminución		X	X		
4. Modificación de Beneficios Adicionales		X	X		
5. Inclusión de Aportaciones Programadas	X	X			
6. Cambio de Plan o Derecho de Conversión		X			
7. Modificación en Incrementos al INPC o IPC		X	X		
8. Inclusión/Exclusión de Asegurados o Mancomunado	X	X	X		
9. Seguro Saldado		X			
10. Seguro Prorrogado		X			

Cambios sin efecto técnico

Trámite	Formato Único	Identificación oficial vigente	Acta de nacimiento o pasaporte	Recibo de pago	Carta petición	Autorización cargo automático
1. Modificación/Cambio de nombre	X	X	X			
2. Cambio de Contratante	X	X			X	
3. Cambio de domicilio	X	X				
4. Cambio de forma de pago		X		X		
5. Inclusión o Modificación al Fideicomiso		X				
6. Cambio de conducto de pago	X	X				X
7. Cambio de Porcentaje de Asignación de Primas en Fondos		X			X	
8. Duplicado de Póliza		X				
9. Situación de Póliza		X				
10. Estado de cuenta		X				
11. Cambio de Beneficiarios	X	X				

Contratante persona moral

Si el Contratante es persona moral, deberá entregar el Formato de Autocertificación e Identificación del Cliente (VI-518)

La presente relación es una ayuda para dar un mejor servicio, sin embargo, si la Compañía solicita mayor información para realizar el cambio, se deberá proveer la misma.