



Seguro de Accidentes Personales Anual ☐  
Seguro Total de Accidentes Personales en Viajes ☐  
Seguro de Accidentes Personales en Viajes Aéreos ☐

Seguro de Accidentes Personales Escolar ☐  
Seguro de Accidentes Personales en Convenciones ☐

Contratante \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_

Solicito de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, la expedición de una póliza de seguro colectivo de accidentes de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo con la siguiente información:

Colectividad asegurable (elegibilidad) \_\_\_\_\_

Número de personas que la forman \_\_\_\_\_ Número de personas que van a asegurarse \_\_\_\_\_

Clase de ocupación de los integrantes \_\_\_\_\_

**Cobertura Suma Asegurada o Regla para determinarla**

I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años) \_\_\_\_\_

II. Pérdidas orgánicas \_\_\_\_\_

Escala A ☐ B ☐

III. Indemnización diaria \_\_\_\_\_

IV. Reembolso de gastos médicos \_\_\_\_\_

Subgrupo \_\_\_\_\_

Número de personas \_\_\_\_\_

Ocupaciones \_\_\_\_\_

**Cobertura Suma Asegurada o Regla para determinarla**

I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años) \_\_\_\_\_

II. Pérdidas orgánicas \_\_\_\_\_

Escala A ☐ B ☐

III. Indemnización diaria \_\_\_\_\_

IV. Reembolso de gastos médicos \_\_\_\_\_

Subgrupo \_\_\_\_\_

Número de personas \_\_\_\_\_

Ocupaciones \_\_\_\_\_

Cobertura

Suma Asegurada o Regla para determinarla

I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años)

II. Pérdidas orgánicas

Escala A B

III. Indemnización diaria

IV. Reembolso de gastos médicos

Subgrupo

Número de personas

Ocupaciones

Vigencia: Desde Hasta Periodicidad de pago

Cantidad con que cada asegurado contribuirá al pago de la prima

Observaciones:

Con la presente acompaño debidamente firmados, los consentimientos que forman parte de esta solicitud y que contienen los datos relativos a cada uno de los miembros de la colectividad.

Agente:

Nombre Núm. C. C.

Lugar y fecha

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.

Firma del Agente

Firma del Representante Legal del Contratante

Puesto que Ocupa