



Información de la póliza									
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto ¿cuál? _____					No. de póliza anterior		Folio		
Fecha de solicitud					Día Mes Año				
Vigencia*					* Debe de cumplir con las políticas internas				
Desde las 12 hrs.					Hasta las 12 hrs.				
Día Mes Año									
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.				
País de nacimiento					Sexo			Ingresos mensuales	
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día Mes Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	
								Nacionalidad	
Correo electrónico					Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión	
Domicilio					No. exterior			No. interior	
Calle									
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		044				
Para personas morales								Folio mercantil	
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)									
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio				No. exterior		No. interior		Código postal	
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono			
Plan									
Producto	Dividendos	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			<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 que hayas elegido este producto)		
	Actual/Vigente	Solicitado
Nivel Hospitalario		<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Magno
Suma Asegurada	\$ _____ M.N	\$ _____ M.N
Deducible	\$ _____ M.N	\$ _____ M.N
Coaseguro	_____ %	_____ %
Coberturas opcionales con costo		
<input type="checkbox"/> Asistencia Médica PCE		
<input type="checkbox"/> Paquete de Beneficios Adicionales		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Dinero en Efectivo	Periodo de espera Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Renta \$ _____ M.N.	Periodo de espera Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Renta \$ _____ M.N.
<input type="checkbox"/> Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos		
<input type="checkbox"/> Paquete de Ampliación de Cobertura		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)		250,000 USD
Suma Asegurada	_____	500 USD
Deducible	_____	20%
Coaseguro	_____	
<input type="checkbox"/> Cobertura de Maternidad		
Suma Asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cobertura de Gastos Médicos Complementarios		
Suma Asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral		
<input type="checkbox"/> Asistencia Visión		
<input type="checkbox"/> Check Up		
<input type="checkbox"/> Fondos Especiales		
Tabla de Procedimientos Terapéuticos (llenar en caso de haber elegido este producto)		
	Actual/Vigente	Solicitado
Honorarios quirúrgicos		<input type="checkbox"/> 21 SMGV CDMX <input type="checkbox"/> 36 SMGV CDMX <input type="checkbox"/> GUA
Suma Asegurada	_____ SMGV CDMX	_____ SMGV CDMX
Deducible	_____ SMGV CDMX	_____ SMGV CDMX
Coaseguro	_____ %	_____ %
Coberturas opcionales con costo		
<input type="checkbox"/> Ambulancia Aérea		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Parto Normal		
Suma Asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____



Coberturas opcionales con costo	Actual/Vigente	Solicitado
<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 Integral		
<input type="checkbox"/> Asistencia Visión		
<input type="checkbox"/> Check Up		
<input type="checkbox"/> Fondos Especiales		

SMGV CDMX: Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México. GUA: Gastos Usual y Acostumbrado.

Cobertura de Gastos Médicos Complementarios*

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 inicial	Día	Mes	Año	Fecha final	Día	Mes	Año	¿Incluye I.V.A.?
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Deberá anexar en archivo con formato.xls; 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, no. de siniestro, monto pagado, fecha del último pago, Suma Asegurada con la que se abrió el siniestro.

* Esta cobertura sólo se cubre en estudios de experiencia propia y de acuerdo a las políticas vigentes de la compañía.

Características de la colectividad asegurable

Características de la colectividad ☐ Con relación laboral ☐ Sin relación laboral

Garantiza prestaciones u obligaciones ☐ Sí ☐ No

Los integrantes se adhieren a la solicitud de seguro por ☐ Prestación laboral ☐ 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
------------------------------------	---	---	--	---	-------------------------------

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: _____	
<p>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.</p> <p>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.</p>	
Nota importante	
<p>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.</p> <p>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. Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p>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, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</p> <p>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.</p>	

Datos Personales (Aviso de Privacidad)

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, CDMX, México, 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 _____.

Asimismo autorizo que en caso de siniestro AXA 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 la responsabilidad y 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y porcentaje de participación
--	--------------------------------------

Dentro de la composición accionaria de la Persona Moral, ¿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, 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
---------------------------------------	------------------	----------------------

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 corresponde 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", especifique la causa y el nombre del tercero por el que actúa

Parentesco o vínculo con usted

Domicilio de dicha persona		No. exterior	No. interior	Colonia	
Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044	
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 la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.					
Datos de agente (aspectos internos de la compañía)					
	No. de agente	Nombre del agente		Comisión	C. de contribución
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) Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos: En la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1) Interior de la República: 01 800 737 7663 (opción 1) Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Registro electrónico de comentarios: axa.mx/web/servicios-axa/quejas	2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos: En el Distrito Federal: (55) 53 40 0999 Interior de la República: 01 800 999 8080 Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, México, D.F., C.P. 03100. Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx Registro de comentarios en asesoria@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 09 de Mayo de 2017, con el número CGEN-S0048-0084-2017.