

**Gastos Médicos Mayores Individual**  
**Solicitud de Seguro Gastos Médicos**

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						Día Mes Año					
Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Ninguno											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social											
RFC (con homoclave)						CURP					
País de nacimiento						Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Ingresos mensuales		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa						Día Mes Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		
Correo electrónico						Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Domicilio						No. exterior			No. interior		
Calle											
Colonia						Código postal			Delegación o municipio		
Tel. particular (con clave de ciudad)						Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)		
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		
Calle						Colonia			Código postal		
Población o ciudad						Estado			País		
Teléfono											
Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno						<input type="checkbox"/> Persona moral					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social											
RFC (con homoclave)						CURP					
País de nacimiento						Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Ingresos mensuales		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa						Día Mes Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		
Correo electrónico						Actividad o giro mercantil			Nacionalidad		
Domicilio						No. exterior			No. interior		
Calle											

**Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud de Seguro Gastos Médicos**

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)		
<b>Para personas morales</b> Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)			Folio mercantil		
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>					
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	
Población o ciudad		País		Código postal	
Estado		Teléfono			
<b>Otros seguros de gastos médicos mayores</b>					
<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual	Póliza	No. de Póliza individual	No. de Póliza colectivo	
<input type="checkbox"/> Otra compañía, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> Colectivo	1			
		2			
<b>Planes</b>					
<b>Productos de AXA Seguros, S.A. de C.V.</b>	<b>Gama Hospitalaria</b>	<b>Suma Asegurada (M.N.)</b>	<b>Deducible (M.N.)</b>	<b>Coaseguro %</b>	
<input type="checkbox"/> Internacional	No aplica	\$1,000,000 USD	<b>Nacional - Extranjero</b>	10%	
			<input type="checkbox"/> \$500 USD - \$1,500 USD		
			<input type="checkbox"/> \$1,000 USD - \$2,500 USD		
			<input type="checkbox"/> \$2,000 USD - \$2,000 USD		
			<input type="checkbox"/> \$3,000 USD - \$3,000 USD		
			<input type="checkbox"/> \$5,000 USD - \$5,000 USD		
			<input type="checkbox"/> \$10,000 USD - \$10,000 USD		
<input type="checkbox"/> \$20,000 USD - \$20,000 USD					
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales	Muerte Accidental	\$	M.N.	\$	M.N.
	Pérdidas Orgánicas	\$	M.N.		
	Reembolso de Gastos Médicos	\$	M.N.		
	Reembolso de Gastos Funerarios	\$	M.N.		
<b>Coberturas adicionales con costo</b>					
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura					
<input type="checkbox"/> Paquete de Beneficios Adicionales*					
<input type="checkbox"/> Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental*					
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral					
<input type="checkbox"/> Cobertura de Vida en Vida* Suma Asegurada _____ (Desde \$50,000 pesos y hasta \$200,000 pesos con rangos de \$1,000 en \$1,000 pesos) Asegurados: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y dependientes					
<input type="checkbox"/> Cobertura de Dinero en Efectivo Renta: <input type="checkbox"/> \$500 pesos <input type="checkbox"/> \$1,000 pesos <input type="checkbox"/> \$1,500 pesos Con periodo de espera: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asegurados: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y dependientes					



**Beneficiarios** (aplica únicamente para las coberturas de Paquete de Beneficios Adicionales, Vida en Vida y Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental)

**ADVERTENCIA:** en 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 designar tutores, albaceas, representantes de herederos u 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 obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada. En los Beneficiarios de Gastos Funerarios, Accidentes Personales y Accidentes en Viajes Aéreos, salvo pacto contrario, se considerarán como Beneficiarios a los sobrevivientes de la Póliza, los designados por el Asegurado, o en su defecto a su sucesión.

Nombre de la cobertura	Nombre del asegurado (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Nombre del Beneficiario (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Domicilio de Beneficiario	Fecha de nacimiento de Beneficiario	Parentesco con el Asegurado	Porcentaje de participación

Datos de los Solicitantes

No. Solicitante	CURP o ciudad de nacimiento	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Ha tramitado ante alguna autoridad un cambio de nombre		Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular
			Sí	No	M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*										
2. Solicitante*										
3. Solicitante*										
4. Solicitante*										
5. Solicitante*										
6. Solicitante*										
7. Solicitante*										
8. Solicitante*										
9. Solicitante*										
10. Solicitante*										

\* En adelante se mencionarán a los Solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.

**Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud de Seguro Gastos Médicos**

**Reconocimiento de antigüedad** (se deberá adjuntar copia de la Póliza anterior con endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de antigüedad de AXA Colectivo o AXA Individual se requiere solamente el número de Póliza)

No.	Antigüedad AXA Individual*				Antigüedad AXA Colectivo*				Antigüedad reconocida (otra compañía)*		
	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

\* Estas antigüedades aplican solo para eliminar o reducir periodos de espera.

**Estatura, peso y hábitos**

No. 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 (este cuestionario deberá ser contestado para cada uno de los Solicitantes)**

1. ¿Alguno de los Solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. ¿Endocrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis u otras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon, recto, vías biliares, hígado, páncreas, bazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿Transmisibles: hepatitis, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis o cualquier otra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud de Seguro Gastos Médicos

11. ¿De los ojos o de los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Mujeres (mayores de 16 años)</b> 15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿En los últimos dos años se le ha practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Se le han practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Preexistencia declarada</b> 18. ¿Desea considerar algún(os) padecimiento(s) bajo el concepto de preexistencia declarada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información:

No. de Solicitante	No. de pregunta / inciso	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de veces que las ha sufrido	¿Cuándo? día/mes/año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual	Lo ha padecido en los últimos dos años (contesta solo si desea preexistencia declarada)	No. de partos (P), cesáreas (C) y abortos (A) P C A

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

No. de Solicitante	Parentesco con el Solicitante	Enfermedad(es)

**Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud de Seguro Gastos Médicos**

Ocupación (solo para los Solicitantes mayores de edad)				
No. de Solicitante	Ocupación / Profesión	Detallar principales actividades de Ocupación / Profesión	Deporte amateur	Si alguno de los Solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo

Llenar el siguiente apartado en caso de contratar el producto de Accidentes Personales				
Por el desempeño de su ocupación laboral	Sí	No	¿Quién(es)?	Especifique
¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o espectáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los Solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, altura, alto voltaje, otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Deportes, aficiones y aviaciones				
¿Alguno de los Solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los Solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**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 Solicitante declara estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si esta 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 Seguros para que la documentación contractual 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 \_\_\_\_\_

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](http://axa.mx).

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.

**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.

**Tratamientos de Datos Personales**

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, ubicado en [axa.mx](http://axa.mx), y para todos los fines del contrato de seguro.

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 siniestros 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, 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](http://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 \_\_\_\_\_

**Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud de Seguro Gastos Médicos****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.**



**Gastos Médicos Mayores Individual**  
**Solicitud de Seguro Gastos Médicos**

Datos de agente (aspectos internos de la Compañía)					
	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	C. de contribución	Cesión de comisión
Agente 1			%		%
Agente 2			%		%
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	

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 11 de mayo de 2017, con el número CGEN-S0048-0089-2017.

Cargo automático					
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*	No. clabe (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1º					
2º					
3º					
No ingresar datos					
*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques.					
Por medio de la presente autorizo a <b>AXA Seguros, S.A. de C.V.</b> 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, Master Card y/o American Express, efectúe el cobro automático de Primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el <b>Banco de México</b> 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 <b>AXA Seguros, S.A. de C.V.</b> 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 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.					
Firma del Contratante (tarjetahabiente)		Firma del agente		Lugar y fecha	



Quejas	
1. Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)	2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)
<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: <b>5169 2746</b> (opción 1).</p> <p>Interior de la República: <b>01 800 737 76 63</b> (opción 1).</p> <p>Dirección: Félix Cuevas #366, piso 6, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.</p> <p>Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: <b><a href="http://axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion">axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion</a></b></p> <p>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.</p> <p>Registro electrónico de comentarios: <b><a href="mailto:axasoluciones@axa.com.mx">axasoluciones@axa.com.mx</a></b>, o ingresa a <b><a href="http://axa.mx/web/servicios-axa/queja">axa.mx/web/servicios-axa/queja</a></b></p>	<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: <b>(55) 53 40 0999</b></p> <p>Interior de la República: <b>01 800 999 8080</b></p> <p>Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100.</p> <p>Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: <b><a href="http://www.condusef.gob.mx">www.condusef.gob.mx</a></b></p> <p>Registro de comentarios en <b><a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a></b></p>