

Datos del contratante (solo	si es diferent	e al solicitante	e titular)				
Nombre(s), apellido paterno, a social			Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino	` '	Folio F	Pegaso
RFC		CURP					
Estado civil ☐ Socied ☐ Soltero, divorciado o viudo ☐ Ca	ad de conviver		Nacionalida	ad			
Para personas físicas Lugar de nacimiento (ciudad, es	stado y país)		Doble nacionalidad □Sí □No ¿Cuál?				
Residencia fiscal en el extranj	ero	¿Ciudadanía	en el extranje	ero?			
☐ Sí, país	\ _ No	☐ Sí, país			No		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día	Mes Año	Firma Electrói	nica Avanzad	da (FIEL)			
Correo electrónico	Ingre	so anual (solo per	rsonas físicas)	Ocupación o	profesion	ón/ Actividad o gi	ro mercantil
Domicilio Calle					N	No. exterior	No. interior
Colonia		Código postal	Delegación	o municipio	Pobla	ación o ciudad	Estado
Tel. particular (con clave de ci	udad) Tel. o	oficina (con cla	ve de ciudad	d) Tel.	celular	(con clave de c	iudad)
						·	
Llenar estos datos en caso de		ser ciudadano			esidenta		raniero
	ser extranjero,					e liscal ell el ext	
Domicilio Calle		No. exterior	No. inter	rior Coloni	ia		Código postal
	I =	5 /		1 (16)		- 176	
Población o ciudad	Estado	País	No. de Identificación Fiscal			ēléfono	
Para personas morales Nombre(s) del(los) apoderado(s	s) legal(es)						
¿La entidad tiene residencia fi □ Sí, país	scal en el extr	anjero? □ No			F	Folio mercantil	
¿Existen personas físicas que persona moral contratante?	posean o conti □ Sí □ No	olen (directa o	indirectamer	nte) el 25% o r	nás del	capital o derech	nos de voto de la
¿Dichas personas son ciudadar	nos o residente	s para efectos fi	scales en el	extranjero? □	Sí, país	3	□ No
Datos del solicitante titular							
Nombre(s), apellido paterno, a	oellido materno	o razón social			S		sculino (M) menino (F)
RFC		Cl	JRP				110111110 (1)
,							
Estado civil ☐ Sociedad de convivencia Relación con el contratante ☐ Soltero, divorciado o viudo ☐ Casado o en unión libre						cionalidad	
Lugar de nacimiento (ciudad, es				Doble na	acionalio	dad □Sí	□No
<u> </u>	3 F = -7			¿Cuál?			



Residencia fiscal en el extran	jero			¿Ciudadanía en el extranjero?					
☐ Sí, país			□ No	□Sí,	país				\Bigcup No
Fecha de nacimiento	a Mes	Año)	Edad	1	Firm	a Electro	ónica Avanzada (FIEI	_)
Correo electrónico		Ingre	eso anual (so	olo pers	olo personas físicas) Ocupación o profesión/Actividad o giro merca			giro mercantil	
Domicilio Calle								No. exterior	No. interior
Colonia Código pos					Delegación o	mun	icipio	Población o ciudad	Estado
Tel. particular (con clave de c 01 Llenar estos datos en caso de		01	· 		de ciudad)		04		·
Domicilio Calle			No. exte	rior	No. interio	or	Colonia		Código postal
Población o ciudad	olación o ciudad Estado País No. de Identificación Fiscal Telé								
Datos del Solicitante mancomunado/seguro conyugal									
Nombre(s), apellido paterno, a			<u> </u>						asculino (M) menino (F)
RFC				CUR	P				
Estado civil	Sociedad			Rela	ción con el o	contra	itante	Nacionalidad	
Lugar de nacimiento (ciudad, e	stado y p	aís)						ionalidad 🗆 Sí	□No
Residencia fiscal en el extran	jero			¿Ciudadanía en el extranjero?					
☐ Sí, país			□ No	☐ Sí, país ☐ No					\[\square \text{No} \]
Fecha de nacimiento	Día Me	es A	Año	Edad			a Electro	ónica Avanzada (FIEI	-)
Correo electrónico		Ingreso	anual (solo	persor	nas físicas)	Ocupa	ación o p	rofesión/ Actividad o g	iro mercantil
Domicilio Calle		1						No. exterior	No. interior
Colonia		С	Código pos	stal [Delegación (mun	icipio	Población o ciudad	Estado
Tel. particular (con clave de c	iudad)	Tel. ofic	cina (con	clave	de ciudad)		Tel. ce	elular (con clave de d	iudad)
01 Llenar estos datos en caso de	· -	01	· -				04	4	
	sei exira	njero, se	No. exte		1				
Domicilio Calle No. ex							Código postal		
Población o ciudad	Estado		País		No. de Ide	ntifica	ción Fisc	al Teléfono	



7

	r os seguros . E y Sobre el Con			lta a la compa	ñía para re	escindir el contrato en	los términos	del artículo 47 de la
	Solicitant	te	Ra	amo		Aseguradora		Suma asegurada
1.	Titular							
	Cónyuge/Conc Mancomunado	ubino/						
De	signación de	beneficiar	ios (si elige	fideicomiso a	anexe for	matos correspondier	ntes)	
rep civi cor ma se de	resentante de lo les previenen la sideran al cont yor de edad cor nombra benefic beneficiarios en	os menores a forma en rato de seg mo represe iario al may u un contrat	para efecto de que debe des guro como el in ntante de men yor de edad, qu o de seguro le	eque, en su rep ignarse tutores nstrumento ade ores beneficiar uien en todo ca concede el de	resentació s, albaceas ecuado pa rios, durant aso solo te recho inco	n, cobre la indemnizació s, representantes de he ra tales designaciones. te la minoría de edad de	ón. Lo anterior rederos u otro La designacio e ellos, legalmoral, pues la d	un mayor de edad como porque las legislaciones os cargos similares y no ón que se hiciera de un ente puede implicar que esignación que se hace segurada.
No.	Solicitante	Nombre(s	s), apellido pa	terno, apellido	materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Do	micilio de los b	eneficiario	s (solo en cas	so de ser distin	ito al domi	cilio del solicitante titu	lar, el mancor	nunado o el conyugal)
	Calle, número	interior, nu	úmero exterio	r, colonia, dele	gación o r	municipio, población o	ciudad, estac	lo
1								
2								
3								
4								
5								
6								



Plan solicitado																				
Со	nfirmar caract	erística	as aplica	ibles a ca	da p	rodu	ıcto										Suma	a asegu	rada	3
				Plazo						Pla	zo de p		-				Básica			
			□ Те	mporal		1 !	5 10	15	20	25	Eda alcanz		60	35	70		\$			
	Vida ProTG	Г			+		+										_			
			│	talicio		1 !	5 10	15	20	25	Eda alcanza	- 11	60 6	35	70	vitalicio		/loneda		
	Aliados+				Pla	ZO					P	erson	a Cla	ave			□UDI	∐ Na	cion	al
	Allados ·		15	_	E	dad	alca	nzad	a:	65	R	etiro			.,			Dólares		
	,	Dior		versión	ánco	r		C				Cánc	Prot				Increme asegura	nto de s	sum	a
Ш	Mujer Única	Ries	sgo Preferen	• Ca te • Fa	illecii	ı mier	nto	φ_ \$			- :			\$_ \$			Sí			Ja
				• Pr							_ •									
	Nota: Moneda Nacional al Índice Nacional de Precios																			
Ш	☐ Sueldo Familiar Bl Exencion de pago de prima por invalidez total y permanente al Consumidor (INPC)																			
	Drice Index (CDI cele en																			
 Vida Académico Plazo de pagos VPL: VPL 										Vida Intelio	gente Plu	ıs, \	/ida							
	BI Exención de pago de primas por invalidez total y permanente • VPL • Temporal: \$									Inversión).	y wuje	1 01	lica							
	Plazo de seguro educativo: años Meta educacional Aportación adicional /																			
EduAhorro Plazo de pago educativo: años \$									Prima exc	edente /	1									
	Vida Inteligente Plus Riesgo Beneficio por fallecimiento Prima de ahorro (frecuencia igual al pag								10											
Plus Riesgo Beneficio por fallecimiento Mi Proyecto R □ Preferente □ Nivelado (no aplica para PPR)							de prima b		pay	J										
	(PPR)											·		ď		,	\$			_
	Vida Intelige	nte		Esta	ánda	ır					Crecie	nte								
	Invalidez total y	□ ві					ECI						PAI		اء:ما	anal	Estrategia	de inver	siór	1
	permanente			de pago d							s costo	٥				onal ez total y	Fondo I	Básica e	xce	dente
				· invalidez nanente	-			segi alyp			invalide ente	32	perr				Conservado	r9	6 <u></u>	%
		1011	ar y porri	idilolito				<i>)</i> P	•			\$_					Balanceado	,9	6 <u></u>	%
S	Accidentes			☐ DIPO			DIP	ОС			Suma	Ase	gura	da			Crecimiento			
adicionales			ierte	DI+				PO +		erte							Dólares		° — 6	
cior		aco	cidental	Pérdi orgán				ciden ectiv			\$						Dinámico M			
adi	Otros		DC .	Organ	IICas					oion			•	. 1						
as.	J1103		DC obertura	ı de				⊃ago rmed			dI	Conv			ertur	а	Dinámico EU	JA9	′o	%
rtur			áncer (V			grav			, a a	des Conyugal \$					Total	4000/	40			
Coberturas		\$_				\$									Total	100%	10	00%		
ŭ						PCD					Gastos				onto	a Plue	Individual			
			emnizac				ción la po	\r	Vida ProTGT, Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente, Vida Académico,					nico, 🗀 🖥	_ Familiar _ Individual	v denen	dier	ntes		
		cán	cional po ocer	UI			pleo		Mujer Única y Mi Proyecto R					Individual						
					(so	lo a	plica	l			nar los d	latos c	de los	S SO	licita	antes y el d	cuestionario re	elativo a c	asto)S
	\$ para empleados de nómina) para empleados de nómina) para empleados de nómina) para empleados funerarios. En Vida ProTGT y Mujer Única Protección solo aplica																			



Frecuencia de pago Forma de pago Tipo de com Anual Semestral Trimestral Mensual Pago referenciado Cargo automático Decrecient Nivelada Cuestionarios (si se requiere ampliar información agregarla en hoja anexa) Ocupación Solicitante Descripción y/o detalle de la ocupación y actividad Lugar de trabajo (oficina, fábrica, equipo de trabajo de trabajo Ingreso taller, calle, otro) Securios Secu	e s
Cuestionarios (si se requiere ampliar información agregarla en hoja anexa) Ocupación Solicitante Descripción y/o detalle de la ocupación y actividad 1. Titular 2. Cónyuge/ Concubino/ Mancomunado 3. Dependiente/Menor Por el desempeño de su ocupación laboral: a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Descripción y/o de despectáculos? Solicitante Lugar de trabajo (oficina, fábrica, equipo de trabajo)S
Ocupación Solicitante Descripción y/o detalle de la ocupación y actividad 1. Titular 2. Cónyuge/ Concubino/ Mancomunado 3. Dependiente/Menor Por el desempeño de su ocupación laboral: a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Descripción y/o de despectáculos? Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? Lugar de trabajo (oficina, fábrica, dequipo de crabajo (oficina, fábrica, dequipo de trabajo (squipo de quipo de trabajo (squipo de trabajo) \$ Quién(es)? Especifique ¿Quién(es)? Especifique ¿Quién(es)? C. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	
Solicitante Descripción y/o detalle de la ocupación y actividad Lugar de trabajo (oficina, fábrica, equipo de trabajo 1. Titular 2. Cónyuge/ Concubino/ Mancomunado 3. Dependiente/Menor Por el desempeño de su ocupación laboral: a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Sí No b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? Sí No c. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	
Solicitante detaile de la ocupación y actividad 1. Titular 2. Cónyuge/ Concubino/ Mancomunado 3. Dependiente/Menor Por el desempeño de su ocupación laboral: a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Di. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros?	
2. Cónyuge/ Concubino/ Mancomunado 3. Dependiente/Menor Por el desempeño de su ocupación laboral: a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? □ Sí □ No c. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	
Concubino/ Mancomunado 3. Dependiente/Menor Por el desempeño de su ocupación laboral: a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Especifique ¿Quién(es)? Especifique b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? □ Sí □ No c. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	
Por el desempeño de su ocupación laboral: a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? □ Sí □ No c. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	
a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? □ Sí □ No b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? □ Sí □ No c. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	
b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? ☐ Sí ☐ No c. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	
vehículo diferente al automóvil particular?	
Deportes, aficiones y aviación	
¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas?	
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares, de gobierno o militares? ☐ Sí ☐ No	
¿Desea cubrir el riesgo?	
Si desea cubrir el riesgo, anexe a esta solicitud el cuestionario correspondiente.	
Estatura, peso y hábitos	
Solicitante (m)	a (D) nal (S ual (M ual (E
Sí No mes año D S M E C Sí No año año D S M E C Sí No año año D S M E C Sí No año año D S I	1 E
	$\perp \! \! \perp$
	$\perp \! \! \perp$
3	
Especifique:	



Médico (este cuestionario deberá ser contestado totalmente por cada una de las personas que solicitan cobertura de Vida Individual)										
Alguno de los so actualmente algu lesión o está su médico, terapia o	licitantes ha ina enfermo jeto a cual	padecido edad, afec quier trata	o tiene	10. ¿Transmisibles Inmunodeficier portador del Vi Humana (VII	s: hepatitis ncia Adquir rus de Inn H), Virus	s, Síndrome de rida (SIDA) o nunodeficiencia del Papiloma	,			
2. ¿Del corazón, h circulación?	ipertensión	arterial c	o de la □Sí □No	Humano (VPH), sífilis o cualquier otra? 11. ¿De los ojos o de los oídos?						
3. ¿De las vías resp	oiratorias, d	e los bron	quios o □ Sí □ No	12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión						
pulmonares?		(f		distinta a las se		nteriormente?	□ Sí □ No			
páncreas, bazo?	recto, vías	biliares, l	hígado, □ Sí □ No	especiales de: laboratorio, radiográficas, Sí No						
prostata, otros?	s? biopsia, otros?									
6. ¿Cerebrales o de conervioso?			vención	ado y/o tiene pendiente ención quirúrgica u □Sí □No						
miembro?	nidades, p	érdida de	e algún □Sí □No	15. ¿Ha padecido o padece enfermedades						
8. ¿Endocrinas o metiroides, hipófisis,	tabólicas: di otras?	abetes, ob	esidad, □ Sí □ No	glándulas mar		natriz o en las				
9. ¿Cáncer o cualquie	tenido abortos, complicaciones en este ☐ Sí ☐ No embarazo o en embarazos anteriores?									
En caso de contestar afirmativamente, ampliar información										
				¿Cuándo?						
Solicitante	No. de pregunta	les	re de las enfermedad siones, estudios, tra ciones quirúrgicas y	atamientos,	No. de veces que las ha sufrido	día/mes/año. Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual			
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Solicitante		les	siones, estudios, tra	atamientos,	veces que las	día/mes/año. Última vez (en caso de ser				
Historia familiar	pregunta	interven	siones, estudios, tra ciones quirúrgicas y	atamientos, y complicaciones	veces que las ha sufrido	día/mes/año. Última vez (en caso de ser varias)				
Historia familiar	pregunta plicitantes exacts, hiperto	interven	ecedentes médicos ererial, diabetes, obesid	atamientos, y complicaciones	veces que las ha sufrido	día/mes/año. Última vez (en caso de ser varias)				
Historia familiar ¿En alguno de los so de: afecciones cardía trastorno mental?	pregunta plicitantes exacts, hiperto	interven xisten ante ensión arte	ecedentes médicos ererial, diabetes, obesid	n su familia directa (lad, cáncer, padecir	veces que las ha sufrido	día/mes/año. Última vez (en caso de ser varias)	actual			
Historia familiar ¿En alguno de los so de: afecciones cardía trastorno mental? En caso afirmativo	pregunta plicitantes exacas, hiperto	interven xisten ante ensión arte	ecedentes médicos er erial, diabetes, obesic	n su familia directa (lad, cáncer, padecir	veces que las ha sufrido	día/mes/año. Última vez (en caso de ser varias)	actual			
Historia familiar ¿En alguno de los so de: afecciones cardía trastorno mental? En caso afirmativo	pregunta plicitantes exacas, hiperto	interven xisten ante ensión arte	ecedentes médicos er erial, diabetes, obesic	n su familia directa (lad, cáncer, padecir	veces que las ha sufrido	día/mes/año. Última vez (en caso de ser varias)	actual			
Historia familiar ¿En alguno de los so de: afecciones cardía trastorno mental? En caso afirmativo	pregunta plicitantes exacas, hiperto	interven xisten ante ensión arte	ecedentes médicos er erial, diabetes, obesic	n su familia directa (lad, cáncer, padecir	veces que las ha sufrido	día/mes/año. Última vez (en caso de ser varias)	actual			



	Gastos funerarios Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión (proporcione los datos de los solicitantes para esta cobertura, contesta la pregunta indicando a quien corresponda)											
cerebrales pulmonar.	¿Alguno de los solicitantes padece o ha padecido cáncer, leucemia o linfoma en los últimos cinco años, enfermedades cerebrales y mentales, infarto cardiaco, angina de pecho, malformaciones y tratamientos quirúrgicos cardiacos, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), hepatitis "C" o cirrosis, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico?											
Cóny	uge	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente	3	De	pen	diente	4 [Dependiente 5		
□Sí□	□No	□ Sí □ No	□ Sí □ No	□ Sí □ No			□Sí	□ No	□ Sí □ No			
Solicitan	te	Nombre(s), apel	lido paterno, apellid	o materno		Sexo Edad				Fecha de nacimien		
							F		Día	Mes	Año	
Cónyug	е											
Dependien	te 1											
Dependien	te 2											
Dependien	te 3											
Dependien	te4											
Dependien	ite 5											
Datos del	agente (aspectos internos d	e la compañía)									
	No. de agente		bre del agente	Comisión		lo. c omo		C. de contribución		n Pro	ducción	
Agente 1				%							%	
Agente 2				%							%	
Notas imp	ortantes											
para la apre en la intelige derecho del solicitante d Para efecto las pregunta	ciación del encia de qu asegurado eclara esta s que puec as contenio	riesgo a que se refiere e le la no declaración o la lo o del beneficiario en su r dispuesto, si fuera nece la tener esta solicitud, e las en la misma, son ve	onforme a la Ley Sobre desta solicitud, tal y como inexacta o falsa declara caso. Enterado de lo que esario, a pasar un exame I contratante o solicitant rídicas y están completa sobre la que se celebra	los conozcan o deb ación de un hecho de e antecede y para ef en médico por cuent e declara bajo prote as, asimismo acepta	an co e los r ecto d a de la esta de a que	noce mend de es a Co e de	er en e cionac ta sol mpar cir ve	el mome dos podi icitud de iía, si es rdad que	ento de f ría origi e seguro ta lo est e todas	firmar la s nar la péi , el Contr ima conv las respi	solicitud, rdida del ratante o reniente. uestas a	

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar la solicitud de seguro y selección de riesgo, emisión de la póliza, así como para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro. El aviso de privacidad integral lo puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Cruzar la casilla que corresponda: [] Sí [] No Autorizo que AXA trate mis datos personales financieros, patrimoniales y sensibles para evaluar la solicitud de seguro y selección de riesgo, emisión de la póliza, así como para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro. Firma:

Como contratante o solicitante 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.

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

Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las condiciones generales a través del portal axa.mx, o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.



Notas importantes (continuación)

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

El cliente declara, garantiza y certifica a **AXA Seguros**, **S.A. de C.V.** que (i) todos los pagos de prima así como las aportaciones adicionales a la prima aplicadas a esta póliza, contrato o producto han sido o serán declaradas de manera apropiada a la autoridad fiscal pertinente en la jurisdicción del domicilio habitual del cliente para efectos de cargos fiscales y/o en cualquier otra jurisdicción que se requiera o sea procedente de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, y (ii) los fondos no proceden, directa o indirectamente, de fuentes o actividades ilícitas y/o de evasión fiscal.

AXA Seguros, S.A. de C.V. ha mantenido por largos años una política de cooperación con autoridades fiscales y gubernamentales para combatir el lavado de dinero, la evasión fiscal y otras actividades ilícitas. En los casos en que el cliente no sea un residente fiscal de la jurisdicción donde se emita la póliza, contrato o seguro ("Transacción Transfronteriza"), o en los casos en los que el cliente sea residente fiscal en otro país, AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, así como tratados internacionales de los que México sea parte, revelar a las autoridades fiscales y/o gubernamentales de México y/o del país de origen del cliente la identidad de este y determinada información concerniente a la póliza, contrato o producto objeto de este formulario de solicitud. El cliente se compromete a notificar de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. cualquier cambio de circunstancias referentes a su residencia fiscal y a proporcionar a AXA Seguros, S.A. de C.V. una declaración actualizada dentro de un periodo de 30 días a partir de dicho cambio de circunstancias.

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

Esta sección deberá ser llenada por el contratante.

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, 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:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? ☐ Sí ☐ No Especifique: Nombre y porcentaje de participación Actúa en nombre y por cuenta propia ☐ Sí ☐ No ☐ En caso negativo mencione el nombre del tercero por el que actúa Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o ☐ Parentesco o vínculo con usted	empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos: 🗆 Si 🗀 No							
Nombre y porcentaje de participación Actúa en nombre y por cuenta propia □ Sí □ No □ En caso negativo mencione el nombre del tercero por el que actúa Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación Domicilio de dicha persona ¿Es usted quien pagará la prima? □ Sí □ No	En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo					
Actúa en nombre y por cuenta propia		on una sociedad o as	sociación? □ Sí □ No					
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación Domicilio de dicha persona ¿Es usted quien pagará la prima? No								
representación Domicilio de dicha persona ¿Es usted quien pagará la prima? □ Sí □ No	Actúa en nombre y por cuenta propia ☐ Sí ☐ No ☐ E	En caso negativo mencione el nombre del tercero por el que actúa						
¿Es usted quien pagará la prima? □ Sí □ No	Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	arentesco o vínculo c	on usted					
	Domicilio de dicha persona							

Nota: se deberán recabar y adjuntar adicionalmente los datos (a través de un formato único debidamente llenado y firmado) y documentos de identificación del tercero según el tipo de persona.

Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.

Firma del contratante	Firma del solicitante titular	Firma del solicitante mancomunado	Firma del agente	Lugar y fecha



Cargo automático							
Carta autorizac	ión para d	cargo automático en tarjeta de crédito,	débito o cuenta de cheques				
Datos del Contra	tante (nom	bre(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)			
1°				///////			
/ <u>2</u> 4///////////////////////////////////		No ingresar da	tos MANA	///////////////////////////////////////			
/ 3 9///////////////////////////////////			7//////////////////////////////////////	///////////////////////////////////////			
*Cargo a: d = ta	rieta déhit	o c = tarieta crédito ch = cuenta de che	alles				

*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 y subsecuentes de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el **Banco de México** 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.

Firma del Contratante (tarjetahabiente)	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 que integra este producto de seguro, quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de diciembre de 2018, con el número CGEN-S0048-0122-2018 / 00770006.

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. Tel. 01 800 737 7663 (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 escríbanos a axasoluciones@axa.com.mx; o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, México, CDMX, C.P. 03100 - Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx.

Abreviaturas:

PPR - Plan Personal de Retiro VPL - Vida Pagos Limitados



Llámanos sin costo 800 900 1292 axa.mx