Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza



Nota importante: para cualquier cambio, es necesario que consultes con tu agente los procesos vigentes de selección y emisión.

Información de la Póliza				
Número de Póliza	Fecha de solicitud	Día Mes Ai	ño l	Folio Pegaso
Nombre del Asegurado Titular				
Nombre del Contratante				
Cancelación de la Póliza				
Número de Póliza	A partir de qué fecha se cancela	Día Mes Ai	ĩo	
Motivo de la cancelación				
Cambios en datos de la Póliza				
Contratante	D	rice		Debe decir
Nombre				
Parentesco con el Asegurado Titular				
Fecha de nacimiento				
Sexo				
RFC (con homoclave)				
CURP				
Domicilio				
Otro (especificar)				
Asegurado titular	D	vice		Debe decir
Nombre				
Fecha de nacimiento				
Sexo				
RFC (con homoclave)				
CURP				
Domicilio				
Otro (especificar)				

Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza



Otros Asegurados (dependientes)	apellido mat		ido paterno, el Asegurado rio)	Dice				Debe decir			
Nombre											
Parentesco con el Asegurado Titular											
Fecha de nacimiento											
Sexo											
Otro (especificar)											
Altas de Asegurados											
Solicitante 1											
Nombre(s), apellido patern	o, apellido n	naterno	0			Pare	ntesco	con el Ase	gurado Titular		
RFC (con homoclave)	(CURP	1 1 1 1 1			Lugar	de naci	miento (ciud	dad, estado y país)		
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenine	Fecha de Constitue	e nacim ción de	niento/ la empresa	Día Mes	Año	Nacio	onalidad	d			
Doble nacionalidad ☐ Sí ¿Cuál?	□No		Actividad o	giro mercanti		Ocup	ación c	profesión	ı		
Correo electrónico						,					
Domicilio Calle							No. ex	terior	No. interior		
Colonia	Código	postal	Alcaldía o m	unicipio	Población o	ciuda	ıd	Estado			
Tel. particular		Те	l. oficina			Tel. c	elular				
Llenar estos datos en cas	so de tener	nacio	nalidad extra	injera							
Domicilio en país de orig Calle	en		No. exterior	No. interior	Colonia				Código postal		
Población o ciudad	Estado			País		Te	eléfono		1 1 1 1 1		



Altas de Asegurados												
Solicitante 2												
Nombre(s), apellido paterno, a	apellido ı	matern	0			Pare	ntesco d	con el Ase	egurado Titular			
RFC (con homoclave)		CURP				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)						
<u></u>			11111									
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Año I I I	Nacionalidad										
Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ ¿Cuál?	No		Actividad o	giro mercantil		Ocup	ación o	profesiór	1			
Correo electrónico			,									
Domicilio Calle							No. ext	erior	No. interior			
Colonia	Código	postal	Alcaldía o m	unicipio	Población o	ciuda	ıd	Estado				
Tel. particular		Те	l. oficina			Tel. c	elular					
<u> </u>	1 1 1		1 1 1	1 1 1 1			<u> </u>	1 1 1	1 1 1 1			
Llenar estos datos en caso	de tenei	r nacio	nalidad extra	injera								
Domicilio en país de origen Calle					Colonia				Código postal			
Población o ciudad	Estado		País				Teléfono					
Altas de Asegurados												
Solicitante 3												
Solicitante s												
Nombre(s), apellido paterno, a	apellido ı	matern	0			Pare	ntesco d	con el Ase	egurado Titular			
		materno	0						egurado Titular dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a	l l	CURP		Día Mes	Año	Lugar		miento (ciud				
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	l l	CURP	iento/ la empresa	Día Mes	1 1 1	Lugar	de nacir	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu	CURP	iento/ la empresa	1111	1 1 1	Lugar	de nacir	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu	CURP	iento/ la empresa	1111	1 1 1	Lugar	de nacir	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu	CURP e nacim ción de	iento/ la empresa	ı _I giro mercantil	1 1 1	Lugar Nacio Ocup	nalidado pación o No. ext	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu	CURP e nacim ción de	niento/ la empresa Actividad o g	ı _I giro mercantil	1 1 1	Lugar Nacid Ocup ciuda	nalidado pación o No. ext	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu	CURP e nacim ción de	iento/ la empresa Actividad o g	ı _I giro mercantil	1 1 1	Lugar Nacid Ocup ciuda	onalidado oación o No. ext	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu No	CURP e nacim ción de	Actividad o g Alcaldía o m	giro mercantil	1 1 1	Lugar Nacid Ocup ciuda	onalidado oación o No. ext	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu No	CURP e nacim ción de	Actividad o g Alcaldía o m	giro mercantil	1 1 1	Lugar Nacid Ocup ciuda	onalidado oación o No. ext	miento (ciud	dad, estado y país)			
Nombre(s), apellido paterno, a RFC (con homoclave)	Fecha d Constitu No	CURP e nacim ción de postal Te	Alcaldía o m	giro mercantil unicipio	Población o	Lugar Nacid Ocup ciuda Tel. c	onalidado oación o No. ext	miento (ciud	No. interior			



Bajas de Asegurados									
Asegurado 1									
Nombre(s), apellido paterno, a	apellido matern	0							
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nac	imiento Di	ía Mes	Año	Parentesco c	on el Asegı	urado Titular		
Asegurado 2		·							
Nombre(s), apellido paterno, a	apellido matern	0							
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento Día Mes Año Parentesco con el Asegurado Titular								
Asegurado 3		·							
Nombre(s), apellido paterno, a	apellido matern	0							
Sexo □ Masculino □ Femenino	Fecha de nac	imiento Di	ía Mes	Año	Parentesco c	on el Asegı	urado Titular		
Cambio de Contratante									
Nuevo Contratante									
Nombre(s), apellido paterno, a	apellido matern	0							
RFC (con homoclave)	CURP			1 1 1 1	Lugar de nac	cimiento (ciud	dad, estado y país)		
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacim Constitución de	niento/ la empresa	Día Mes	Año I I I	Firma Elect	rónica Ava	nzada (FIEL)		
Nacionalidad		Doble nacion ¿Cuál?	nalidad 🗌 Sí	□No	Actividad o	giro merca	ntil		
Ocupación o profesión		Correo elect	rónico						
Domicilio Calle					No. ex	kterior	No. interior		
Colonia	Código postal	Alcaldía o m	unicipio	Población	o ciudad	Estado			
Tel. particular	Те	l. oficina	1 1 1 1	1 1 1	Tel. celular		1 1 1		
Para personas morales Nombre(s) de(los) apoderado	(s) legal(es)								
Llenar estos datos en caso	de tener nacio	nalidad extra	anjera						
Domicilio en país de origen Calle		No. exterior	No. interior	Colonia			Código postal		
Población o ciudad	Estado		País		Teléfono)			
			•						



Reasignación de Asegurado Titular (entre los mismos Asegurados de la Póliza)																		
Nuevo Asegurado Titular																		
Nombre(s), ap	ellido pat	erno,	apel	lido m	nater	rno												
RFC (con hom											ño							
										1 1								
Correo electrónico																		
Domicilio Calle											No. e	xter	ior	ı	No. interior			
Colonia			Có	digo p	osta	Alcaldía o	lcaldía o municipio Población o ciudad					E	stad	stado				
Tel. particular					-	Tel. oficina			Tel. celular					<u> </u>				
1 1 1		1 1	1	1 1		1 1 1	1 1 1	1	1 1 1		1 1	1	1 1	1	1		1	
Para persona Nombre(s) de((los) apoc	derado	. ,			ionalidad avt	voniovo											
Domicilio en I				ener	IIac	No. exterio		rior	Colonia						Cód	igo r	ostal	
Calle		90				Tro. Galono	11011110							-	.go r	, ,		
Población o ciu	o ciudad Estado País							Teléfono										
Reasignación de parentesco de los Asegurados de la Póliza por cambio de Asegurado Titular																		
Asegurado Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el nuevo Asegurado Titular							•					
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

Nota importante

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las Condiciones generales me sean entregadas en forma digital o electrónica o bien a través del portal axa.mx sin prejuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA.

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

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que, en conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección 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. La documentación contractual que integra este formato está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.



Nota importante (continuación)

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 conozca(n) o deba(n) 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 importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del integrante o, en su caso, del beneficiario, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Firma del Contratante o Asegurado Titular	Firma del agente	Firma del nuevo Contratante (en caso de nuevo Contratrante se requiere la firma adicional del Contratante anterior)	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CGEN-S0048-15-24 con fecha del 22 de octubre 2014.