



Datos del Contratante (Es la persona que se compromete a realizar el pago de la prima)									
El nombre completo, el RFC con homoclave y la CURP son datos necesarios para la emisión de las constancias y CFDI para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de estos.									
Nombre completo (como aparece en su identificación oficial)							Género		
RFC con homoclave		CURP		No. de serie FIEL			Estado civil		
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Nacionalidad(es)				
Domicilio Calle							No. exterior		No. interior
Colonia		Código postal	Municipio / Alcaldía			Población o ciudad			
Estado		Régimen fiscal			Clave de uso		C.P. domicilio fiscal		
Tel. particular		Tel. celular			Correo electrónico				
Actividad		Ingreso anual	Ciudadanía en Estados Unidos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Residencia fiscal en el extranjero <input type="checkbox"/> Sí, país: <input type="checkbox"/> No				
Completar si es residente fiscal en el extranjero o tiene ciudadanía o nacionalidad de Estados Unidos									
Domicilio en el extranjero Calle				No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal	
Población o ciudad		Estado	País	No. de Identificación Fiscal		Teléfono			
Datos del Solicitante Titular (solo si es diferente del Contratante)									
(Es la persona sobre la que recaen los riesgos amparados en la póliza, si es aceptada la solicitud)									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							Género		
Estado Civil		Relación con el contratante		Fecha de nacimiento			Nacionalidad(es)		
Lugar de nacimiento (país, estado, municipio)			Domicilio Calle				No. interior		No. exterior
Colonia		Código postal	Municipio / Alcaldía			Población o ciudad			
Estado		Tel. celular			Correo electrónico				
Datos del Solicitante <input type="checkbox"/> Mancomunado / <input type="checkbox"/> Conyugal / <input type="checkbox"/> Menor									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							Género		
Estado Civil		Relación con el contratante		Fecha de nacimiento			Nacionalidad(es)		
Lugar de nacimiento (país, estado, municipio)			Domicilio Calle				No. interior		No. exterior
Colonia		Código postal	Municipio / Alcaldía			Población o ciudad			
Estado		Tel. celular			Correo electrónico				



Plan solicitado (Confirmar características aplicables a cada producto)					
Producto	Plazo	Plazo de pago	Estrategia de Inversión (universales)		
			Fondo	Básico	Excedente
Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/> Dólares	Incrementos de Suma Asegurada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Riesgo (universales) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Preferente	Conservador	%	%
			Balanceado	%	%
			Crecimiento	%	%
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Aportación Adicional / Prima excedente		Dólares	%	%
			Dinámico MX	%	%
			Dinámico EUA	%	%
Forma de pago <input type="checkbox"/> Cargo automático <input type="checkbox"/> Referencia bancaria	\$ (la frecuencia es igual al pago de prima básica)		TOTAL	%	%
			No. y monto de retiros al año:		
Cobertura		Suma Asegurada	Especificar		
Básica (Titular / Mancomunado)		\$			
Básica (Menor)		\$			
Exención por Invalidez / fallecimiento			<input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> ECMI <input type="checkbox"/> EFI		
Pago Adicional por Invalidez		\$			
Cobertura Conyugal		\$			
Muerte Accidental		\$	<input type="checkbox"/> DI, <input type="checkbox"/> DIPO, <input type="checkbox"/> DIPOC		
Cáncer		\$	<input type="checkbox"/> IAC, <input type="checkbox"/> CdC (Universales)		
Pago Adicional por Enfermedades Graves		\$			
Desempleo (Protección Continua / Exención)					
Gastos Funerarios		\$			
Designación de Beneficiarios					
Advertencia: en el 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 debe designarse 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 nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.					
	Solicitante	Beneficiarios: Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (sin abreviaturas)	Fecha de nacimiento	Parentesco	% Participación
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Domicilio de los Beneficiarios (solo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante Titular)					
No. de Beneficiario	Domicilio				
Información adicional:					



Cuestionarios. (Si se requiere ampliar la información, agregarla en hoja anexa)

Otros seguros de vida (En Suma Asegurada, indique la moneda)

Solicitante	Aseguradora	Suma Asegurada	Solicitante	Aseguradora	Suma Asegurada
Titular					

Ocupación (Explicar detalladamente la actividad y lugar de trabajo)

Solicitante	Profesión, actividad u oficio	Nombre y giro de la empresa de trabajo	Descripción de la actividad, puesto y lugar de trabajo (oficina, fábrica, taller, otro)	Material y/o equipo de trabajo	Ingreso anual
Titular					

¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo tanto en su trabajo como en su vida diaria? (Alturas, alto voltaje, aplastamiento, exposición de gases, material peligroso, uso de armas, vehículos diferentes al particular, etc.) ☐ Sí ☐ No

¿Quién?

Especifique

Deportes, aficiones, aviación (en caso afirmativo, especifique)

¿Practica deportes, aficiones peligrosas o de alto riesgo, juegos de azar o apuestas? ☐ Sí ☐ No

¿Vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares, de gobierno o militares? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, anexe el cuestionario correspondiente

Hábitos

Solicitante	Fuma		Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas*		Usa o ha usado drogas o estimulantes*	
Titular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:

*Especifique tipo:

Cuestionario Médico (este cuestionario deberá ser contestado totalmente por cada una de las personas que solicitan cobertura de Vida Individual).

Titular	Estatura: m	Peso: k	Estatura: m	Peso: k
---------	-------------	---------	-------------	---------

Indique si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

1. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Del esófago, estómago, intestinos, colon, recto, vías biliares, hígado, páncreas, bazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Endocrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipofisis, otras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



8. ¿Cáncer o cualquier otro tumor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Transmisibles: hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis o cualquier otra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿De los ojos o de los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente, o está sujeto a cualquier tratamiento médico, rehabilitación o terapia por alguna enfermedad o lesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Le han practicado o tiene pendientes pruebas especiales de laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros, y/o alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Mujeres:

13. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en los senos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Está embarazada actualmente, ha tenido abortos, complicaciones en este embarazo o complicaciones en embarazos anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si contestó afirmativamente, ampliar la información e indicar nombre de la institución donde se realizó el tratamiento o servicio médico.

No. de pregunta	Solicitante	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos.	No. de veces que las ha sufrido	Fecha dd-mm-aa (última vez en caso de ser varias)	Estado actual

Historia familiar

¿En alguno de los solicitantes, sus padres biológicos, o alguna hermana o hermano, han sido diagnosticados antes de los 65 años de: cáncer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad mental o cualquier otra afección hereditaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Solicitante	Parentesco	Detallar enfermedad

Artículo 492. Esta sección deberá ser llenada por el Contratante

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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actúa a nombre y por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien deberá llenar el Formato Único.
¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso negativo, mencione el nombre de la persona que pagará la prima, quien deberá llenar el Formato Único.



Notas importantes

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.

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.

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, 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, el cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

☐ Autorizo que AXA trate mis datos personales financieros, patrimoniales y sensibles para los fines referidos. Reconozco que este consentimiento se complementa con la firma de la presente solicitud.

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi póliza a mi agente o al bróker.

☐ Sí acepto. Reconozco que este consentimiento se complementa con la firma de la presente solicitud.

☐ No acepto.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través del correo electrónico declarado en la presente en la solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción ☐ No deseo que la documentación me sea entregada vía correo electrónico.

Sin perjuicio de lo anterior, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx

AXA Seguros, S.A. de C.V. ha mantenido 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, 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.

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. 800 737 7663 (opción 1) y desde la Cd. de México 55 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 escribanos 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

Lugar y fecha:			
Firma del Contratante	Firma del Solicitante titular	Firma del Solicitante mancomunado / conyugal / padre, madre o tutor	Firma del Agente



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)

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 o mi cuenta de cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la póliza contratada. Dichos montos deberán ser aplicados al instrumento bancario que a continuación señalo:

Banco	Cargo*	(No. Clabe Débito o cuenta de cheques)	No. plástico tokenizado	Vencimiento mm/aa

*Cargo: c=tarjeta de crédito, ch=cuenta de cheques, d=débito

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.

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	Firma del agente	Lugar y fecha

Para uso exclusivo del agente

	No. de agente	Nombre del agente	Part. Com.	No. de promotor	C. de contribución	Part. Prod
1.			%			%
2.			%			%

Comisiones: ☐ Decrecientes ☐ Niveladas MSI con cargo al agente (confirmar disponibilidad): ☐ 6 ☐ 12

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.

Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Firma del agente

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 09 de noviembre de 2021, con el número CGEN-0048-0108-2021 / G-01358-001.



Abreviaturas:

C. de Contribución: Centro de contribución	DIPOC: Cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas colectivas
BI: Exención de pago de primas por invalidez total y permanente	FIEL: Firma Electrónica
CdC: Cobertura de cáncer	EFI: Exención de pago de primas por fallecimiento o invalidez
ECMI: Exención de costos del seguro por invalidez total y permanente	IAC: Indemnización por cáncer
DI: Cobertura adicional de muerte accidental	Part. Com: Porcentaje de participación comisión
DIPO: Cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas	Part. Prod: Porcentaje de participación producción
	PPR: Plan Personal de Retiro
	VPL: Vida Pagos Limitados