



Contratante _____ Categoría _____

No. consentimiento _____ No. póliza _____

Datos del integrante											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno								Empleado No.			
R.F.C.				C.U.R.P.							
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año		Nacionalidad	
Ocupación o profesión					Correo electrónico						
País de nacimiento			Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada								
Domicilio Calle								No. exterior		No. interior	
Colonia			Población (delegación o municipio)				Estado				
Código postal		Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
Llenar estos datos en caso de ser extranjero											
Domicilio en su país de origen Calle				No.	Colonia			Código postal		Delegación o municipio	
Ciudad				Estado			País		Teléfono		
Fecha de nacimiento:				Día		Mes		Año			
Fecha de inicio de vigencia del consentimiento:				Día		Mes		Año			
Fecha de término de vigencia del consentimiento:				Día		Mes		Año			
Fecha de inicio de vigencia de la póliza:				Día		Mes		Año			
Fecha de término de vigencia de la póliza:				Día		Mes		Año			
Tipo de afiliación: Prestación laboral				Regla para determinar la suma asegurada:				Moneda: Nacional			
Coberturas amparadas											
Incluido											
a) Fallecimiento				Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>					
b) Indemnización por Muerte Accidental (DI)				Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>					
c) Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)				Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>					
d) Cobertura por Invalidez Total y Permanente (BITP)				Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>					
e) Beneficio Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)				Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>					
f) Tu médico 24 horas®				Incluido							
g) Servicio de Asistencia Funeraria				Incluida							



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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le cede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. Para coberturas de Pérdidas Orgánicas por Accidente e Invalidez Total y Permanente, en caso de haberse contratado y si el integrante o asegurado fallece sin haber recibido el pago de las coberturas, el importe de la suma asegurada contratada se pagará a su sucesión.

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento dd/mm/aa	% de participación

El integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, notificando por escrito a la compañía la nueva designación. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la compañía pagará la suma asegurada contratada por fallecimiento a la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento quedando liberada de cualquier obligación posterior contraída en la póliza.

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro de grupo que el contratante ha solicitado a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** de acuerdo con las condiciones generales de la póliza. Tengo conocimiento que para ingresar al seguro debo ser parte del grupo asegurado y adquirir las características de asegurabilidad para formar parte del mismo.

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 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.

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535, piso 27, colonia Del Valle, código postal 03100, delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx.

Lugar y fecha _____

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

La documentación contractual y la nota que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de 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 (los) registro (s) número CNSF-S0048-0475-2013 fecha 30 de octubre de 2013.

Firma y sello del contratante	Firma del integrante del grupo asegurado

Original Contratante **A**



Contratante _____ Categoría _____

No. consentimiento _____ No. póliza _____

Datos del integrante

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno _____ Empleado No. _____

R.F.C. _____ C.U.R.P. _____

Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento Día Mes Año Nacionalidad _____

Ocupación o profesión _____ Correo electrónico _____

País de nacimiento _____ Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada _____

Domicilio Calle _____ No. exterior _____ No. interior _____

Colonia _____ Población (delegación o municipio) _____ Estado _____

Código postal _____ Tel. particular (con clave de ciudad) _____ Tel. oficina (con clave de ciudad) _____ Tel. celular (con clave de ciudad) _____

Llenar estos datos en caso de ser extranjero

Domicilio en su país de origen Calle _____ No. _____ Colonia _____ Código postal _____ Delegación o municipio _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de inicio de vigencia del consentimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de término de vigencia del consentimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de inicio de vigencia de la póliza: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de término de vigencia de la póliza: Día _____ Mes _____ Año _____

Tipo de afiliación: Prestación laboral **Regla para determinar la suma asegurada:** _____ **Moneda:** Nacional

Coberturas amparadas

Incluido

a) Fallecimiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) Indemnización por Muerte Accidental (DI)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d) Cobertura por Invalidez Total y Permanente (BITP)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e) Beneficio Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f) Tu médico 24 horas®	Incluido	
g) Servicio de Asistencia Funeraria	Incluida	



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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le cede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. Para coberturas de Pérdidas Orgánicas por Accidente e Invalidez Total y Permanente, en caso de haberse contratado y si el integrante o asegurado fallece sin haber recibido el pago de las coberturas, el importe de la suma asegurada contratada se pagará a su sucesión.

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento dd/mm/aa	% de participación

El integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, notificando por escrito a la compañía la nueva designación. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la compañía pagará la suma asegurada contratada por fallecimiento a la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento quedando liberada de cualquier obligación posterior contraída en la póliza.

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro de grupo que el contratante ha solicitado a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** de acuerdo con las condiciones generales de la póliza. Tengo conocimiento que para ingresar al seguro debo ser parte del grupo asegurado y adquirir las características de asegurabilidad para formar parte del mismo.

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 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.

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535, piso 27, colonia Del Valle, código postal 03100, delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx.

Lugar y fecha _____

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

La documentación contractual y la nota que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de 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 (los) registro (s) número CNSF-S0048-0475-2013 fecha 30 de octubre de 2013.

Firma y sello del contratante	Firma del integrante del grupo asegurado

Copia Asegurado