

Póliza nueva Póliza de renovación Número de póliza _____

Datos del contratante																	
Razón social o nombre(s), apellido paterno, apellido materno					No. registro ante el IMSS			Folio Pegaso									
Nacionalidad		C.U.R.P.			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)												
País de nacimiento		Giro mercantil		Folio mercantil													
R.F.C.			Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año												
Domicilio particular/ lugar de residencia Calle					No. exterior		No. interior										
Colonia		Código postal	Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado										
Representante legal			Giro mercantil/actividad/ocupación principal del contratante														
Correo electrónico			Tel. oficina (con clave de ciudad) 01 _____			Tel. celular (con clave de ciudad)											
En mi carácter de: _____ solicito a AXA Seguros, S.A. de C.V. la expedición de una póliza de seguros de grupo, de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo con la siguiente información (en caso de ser apoderado o representante legal adjuntar información de soporte).																	
Entrega de certificados: <input type="checkbox"/> Correo electrónico en formato PDF (al elegir la entrega por correo electrónico en formato PDF el contratante se compromete a hacer entrega del certificado individual al integrante de la póliza).																	
Datos del grupo asegurado																	
Características: con relación laboral				Actividad/ocupación principal del grupo													
El integrante se adhiere a este contrato por: prestación laboral				No. de miembros que forman la empresa o grupo:			No. de miembros que forman el grupo asegurado:										
Datos de la póliza																	
Cobertura básica: fallecimiento								Moneda: nacional									
Vigencia		Día		Mes		Año		Día		Mes		Año		Forma de pago		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	
Desde				a las 12 horas.		Hasta				a las 12 horas.							
Pago de la prima: No contributivo				Experiencia: Global				Dividendos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Administración de la póliza										<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Autoadministrada* <input type="checkbox"/> Administración de documentos*							
* Para este tipo de administración, en caso de otorgarse el seguro bajo esta solicitud, el contratante conviene con la compañía en administrar la recepción y la entrega de los documentos consistentes en consentimientos y certificados.																	
Descripción de categoría y coberturas																	
La asignación de categorías se podrá realizar siempre y cuando el grupo pertenezca al mismo giro (actividad) de la empresa declarado para la cotización																	
Categorías 1)								Número de integrantes									
Regla para determinar la suma asegurada																	
Existen miembros del Grupo Asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados Temporalmente Detalle el No. de Integrantes _____																	
¿Existen Integrantes de la categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, dar detalles (número de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material o equipo de trabajo, etc):																	
Coberturas adicionales solicitadas																	
Por accidente:					<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI) <input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)												
Por invalidez:					<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente (BITP) <input type="checkbox"/> Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)												

La asignación de categorías se podrá realizar siempre y cuando el grupo pertenezca al mismo giro (actividad) de la empresa declarado para la cotización.

Categorías 2)	Número de integrantes
----------------------	-----------------------

Regla para determinar la suma asegurada

Existen miembros del Grupo Asegurado que se encuentren: Jubilados Pensionados Incapacitados Temporalmente
Detalle el No. de Integrantes _____

¿Existen Integrantes de la categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos?
Sí No

Si la respuesta es sí, dar detalles (número de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material o equipo de trabajo, etc):

Coberturas adicionales solicitadas

Por accidente: Indemnización por Muerte Accidental (DI) Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)

Por invalidez: Invalidez Total y Permanente (BITP) Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)

La asignación de categorías se podrá realizar siempre y cuando el grupo pertenezca al mismo giro (actividad) de la empresa declarado para la cotización.

Categorías 3)	Número de integrantes
----------------------	-----------------------

Regla para determinar la suma asegurada

Existen miembros del Grupo Asegurado que se encuentren: Jubilados Pensionados Incapacitados Temporalmente
Detalle el No. de Integrantes _____

¿Existen Integrantes de la categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos?
Sí No

Si la respuesta es sí, dar detalles (número de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material o equipo de trabajo, etc):

Coberturas adicionales solicitadas

Por accidente: Indemnización por Muerte Accidental (DI) Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)

Por invalidez: Invalidez Total y Permanente (BITP) Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)

La asignación de categorías se podrá realizar siempre y cuando el grupo pertenezca al mismo giro (actividad) de la empresa declarado para la cotización.

Datos del agente					
	No. agente	Nombre del agente	Comisión	C. de contribución	Participación
Agente 1			%		%
Agente 2			%		%
Agente 3			%		%

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 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 del beneficiario en su caso aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Con la presente acompaño debidamente firmados los consentimientos o relación de integrantes, quienes han firmado sus respectivos consentimientos; tales documentos contienen los datos relativos a cada uno de los integrantes del grupo asegurado; la información mínima necesaria de la población a asegurar que debe proporcionar el contratante a la compañía es: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), fecha de nacimiento, género, subgrupo, relación del asegurado con el titular, fecha de ingreso del asegurado a la póliza, ocupación, nacionalidad, CURP, relación del asegurado con el contratante, fecha de ingreso del asegurado a la colectividad, si el asegurado estuvo asegurado en otra compañía (especifique), número de empleado, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico. Esta información deberá enviarse por medio electrónico, y forman parte de esta solicitud. Incluyo también la cotización previamente autorizada. 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.

Exclusivo para colectividades y grupos

Al marcar la siguiente casilla, el contratante conviene con AXA Seguros, S.A. de C.V. mantener los expedientes de identificación de los asegurados durante toda la vigencia de la póliza y a entregarlos a AXA Seguros, S.A. de C.V. de manera digitalizada en el momento en que ésta lo requiera o bien al concluir la vigencia de la póliza.

Exclusivo para colectividades y grupos

Al marcar la siguiente casilla, el contratante conviene con AXA Seguros, S.A. de C.V. (en adelante "AXA") a resguardar los consentimientos de uso de los Datos Personales de los integrantes del Grupo o Colectividad, y a entregarlos a AXA Seguros, S.A. de C.V. al momento en que ésta lo requiera, así como entregar a los integrantes del Grupo o colectividad el Aviso de Privacidad de AXA en donde se establecen los lineamientos de uso de datos y mecanismos para ejercer los derechos ARCO, ya sea por vía electrónica o física.

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.

En caso de que alguna autoridad requiera mayor información de algún asegurado, el contratante deberá tener un expediente de la información antes mencionada y en caso que AXA requiera o solicite el expediente es responsabilidad del contratante entregarlo a la compañía en un plazo no mayor a 48 horas.

En mi carácter de contratante o apoderado, estoy de acuerdo que en caso de que mi solicitud de seguro sea aceptada, las condiciones generales me sean entregadas de forma electrónica descargándolas a través del portal axa.mx.

Este documento sólo 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, la oferta 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.

Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS)

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? Sí No Nombre y porcentaje de participación

Entrevista personal con el cliente

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 compañía 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", especificar la causa y el nombre del tercero por el que actúa _____

Parentesco o vínculo con usted: _____

Domicilio de dicha persona: _____

Teléfono de dicha persona: _____

En caso de que el tercero sea una persona moral indique:

a) La estructura corporativa: _____

b) Nombres de los accionistas o socios: _____

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 ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.

Firma del contratante o apoderado y puesto que ocupa	Firma del agente	Lugar y fecha

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)

--	--

Datos del tarjetahabiente (sólo en caso de ser diferente al Contratante) (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

Relación con el contratante

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 (crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°					
3°					

*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, 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 **AXA Seguros, S.A. de C.V.** 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 tarjetahabiente	Firma del agente	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto, está registrada 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 registro número CNSF-S0048-0475-2013 fecha 30 de octubre de 2013.