



La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y firma autógrafa.

Lugar y fecha:			
No. Póliza		Nombre del asegurado	
Datos generales Contratante			
Nombre del Contratante			
País y estado de nacimiento		Nacionalidad(es)	Fecha de nacimiento
Domicilio del Contratante			No. exterior
Calle			No. interior
Colonia	C.P.	Alcaldía o municipio	Estado y país
Teléfono de contacto	Teléfono de contacto 2	Correo electrónico	
RFC (con homoclave)		CURP	
Giro o actividad		No. serie firma electrónica (en caso de contar con ella)	
Ciudadanía en el extranjero ()Sí ()No ¿Cuál?	Residencia fiscal en el extranjero ()Sí ()No ¿Cuál?	No. de identificación fiscal en el extranjero	
Domicilio en el extranjero (calle número int. - ext., colonia, C.P., población, país)			
El contratante de la póliza en referencia solicita a AXA Seguros S.A. de C.V., que dicha póliza sea modificada de acuerdo con las siguientes especificaciones:			
Egresos (Toda petición debe ser expresada en la moneda original de la póliza.)			
Conforme a las disposiciones fiscales vigentes, AXA Seguros, S.A. de C.V., tiene la obligación efectuar la retención del Impuesto Sobre la Renta correspondiente, por lo que en caso de que si al momento de pago el valor en efectivo de la póliza se agota, el asegurado está de acuerdo en que el impuesto sea cobrado del fondo en administración.			
El trámite es para pago de prima o aportación de otra póliza ()Sí ()No			Indicar número de póliza
1. <input type="checkbox"/> Rescate (terminación del contrato)		3. <input type="checkbox"/> Retiro del fondo _____	
2. <input type="checkbox"/> Préstamo _____		4. <input type="checkbox"/> Pago de vencimiento	
Cambios con efecto técnico			
1. <input type="checkbox"/> Rehabilitaciones		6. <input type="checkbox"/> Inclusión del riesgo por ocupación, afición o deportes	
2. <input type="checkbox"/> Incremento de beneficios		7. <input type="checkbox"/> Cancelación o reconsideración de extraprima por ocupación, afición o deportes y reconsideración de dictamen por subnormalidad médica	
3. <input type="checkbox"/> Decremento de beneficios		8. <input type="checkbox"/> Conversión a Seguro Saldado	
4. <input type="checkbox"/> Inclusión de aportaciones adicionales programadas		9. <input type="checkbox"/> Conversión a Seguro Prorrogado	
5. <input type="checkbox"/> Corrección de edad y/o fecha de nacimiento del asegurado			



Cambios sin efecto técnico	
1. <input type="checkbox"/> Alta de contrato WEB (solo planes UL)	9. <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio en territorio nacional y/o extranjero
2. <input type="checkbox"/> Duplicado de póliza	10. <input type="checkbox"/> Cambio de agente
3. <input type="checkbox"/> Situación de póliza	11. <input type="checkbox"/> Programación de aportaciones adicionales (tradicionales, según forma de pago) Monto _____
4. <input type="checkbox"/> Estado de cuenta	
5. <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiarios	12. <input type="checkbox"/> Cambio de forma de pago Pago referenciado () Cargo automático () Cambio de tarjeta ()
6. <input type="checkbox"/> Inclusión del Endoso 50 (solo aplica para Edubeca o Eduplan)	
7. <input type="checkbox"/> Corrección de nombre	13. <input type="checkbox"/> Cambio de frecuencia de pago (anual, semestral, etc.) De: _____ a: _____
8. <input type="checkbox"/> Inclusión o modificación del Fideicomiso	14. <input type="checkbox"/> Corrección o alta de RFC
Movimientos exclusivos para pólizas con fondos segregados	
1. <input type="checkbox"/> Inclusión de aportaciones programadas	2. <input type="checkbox"/> Cambio de porcentaje de asignación de primas en fondos: _____

Otros (especificar):

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, representante de herederos y 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Solicito que cambien a partir de esta fecha los beneficiarios de mi póliza bajo referencia de la siguiente manera:

	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
1				
2				
3				
4				

Lo invitamos a revisar los detalles de coberturas, exclusiones y restricciones de su póliza en la documentación contractual o bien en axa.mx
Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía ubicada en la dirección indicada al pie de página. Tel. 800 737 76 63 (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 al teléfono: 55 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al: 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx



Detalle de las modificaciones a efectuar u observaciones:

Empty box for detailing modifications or observations.



Notas

Para los trámites mencionados en la presente solicitud, que así lo requieran, es indispensable anexar los documentos señalados en la sección “Documentos Requeridos”.

En caso de que la póliza sea mancomunada y se requiera alguna modificación, se deberá elaborar una solicitud de cambio en póliza para cada uno, especificando de qué asegurado se trata.

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para la solicitud de cambio en póliza y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades previstas en el Aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx, en la sección “Aviso de privacidad”.

Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas, así como la transferencia de dichos datos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y las entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente.

La firma de este documento servirá como manifestación expresa de dicha autorización. Sí acepto No acepto.

Serán tratados sus datos personales, para finalidades secundarias establecidas en el Aviso de privacidad, por lo que, si usted se opone al tratamiento para dichas finalidades secundarias, deberá indicarlo en la siguiente casilla .

Le informamos que usted tiene en todo momento los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición) al tratamiento de sus datos personales, a través del procedimiento establecido en el aviso de privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepta su obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad Integral.

Autorizo la transferencia de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud o los derivados de la relación jurídico contractual a mi agente de seguro o bróker para el seguimiento de mi póliza, así como compartir la siniestralidad de la misma.

Con la firma de la presente solicitud el cliente declara que se le hizo entrega de una copia de este documento. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual relacionada en esta solicitud me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que se indica en esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción: No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico.

Declaro y acepto que los movimientos mencionados en el apartado denominado “Egresos” de esta solicitud, que generen un importe a mi favor, serán pagados por AXA en moneda nacional al tipo de cambio vigente en la fecha en que se emita la orden de pago correspondiente, en caso de pólizas contratadas en moneda distinta de la moneda nacional.

Como contratante y/o asegurado acepto que la presente solicitud formará parte de la documentación contractual de mi producto de seguro, así como que el resto de los términos y condiciones contratados en forma previa a esta solicitud no sufren cambio alguno.

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.

Nombre agente		No. agente		Nombre promotor	
Firma contratante	Firma asegurado	Firma promotor	Firma agente		

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de noviembre de 2022, con el número CGEN-S0048-0199-2022 / G-01472-001.