

Información de la póliza		
Póliza	No. de póliza anterior	Folio Pegaso
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto ¿Cuál? _____		
Fecha de solicitud		
Día Mes Año		
Vigencia*		* Debe cumplir con las políticas internas
Desde las 12 hrs. Día Mes Año		Hasta las 12 hrs. Día Mes Año

Datos del contratante		
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno		
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		
R.F.C.	C.U.R.P.	Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día Mes Año
Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		Nacionalidad
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	Correo electrónico	Actividad o giro mercantil
Ocupación o profesión		
Domicilio		No. exterior
Calle		No. interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio
Población o ciudad		Estado
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad)
Para personas morales		Folio mercantil
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera		
Domicilio en el país de origen		No. exterior
Calle		No. Interior
Población o ciudad		Colonia
Estado		Código postal
País		Teléfono

Plan				
Producto	Dividendos	Administración de la póliza (reportes de altas y bajas)	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Línea Hospitalaria <input type="checkbox"/> Tabla de Procedimientos Terapéuticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____%	<input type="checkbox"/> Normal, con cobro en el momento <input type="checkbox"/> Autoadministrado, con ajustes	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco

 Dividendos (observaciones): _____

Línea Hospitalaria (llenar en caso de que hayas elegido este producto)		
	Actual/Vigente	Solicitado
Nivel Hospitalario		<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Magno
Suma asegurada	\$ _____ M.N.	\$ _____ M.N.
Deducible	\$ _____ M.N.	\$ _____ M.N.
Coaseguro	_____ %	_____ %
Coberturas opcionales con costo		
<input type="checkbox"/> Asistencia Médica PCE		
<input type="checkbox"/> Paquete de Beneficios Adicionales		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Dinero en Efectivo	Periodo de espera Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Renta \$ _____ M.N.	Periodo de espera Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Renta \$ _____ M.N.
<input type="checkbox"/> Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos		
<input type="checkbox"/> Paquete de Ampliación de Cobertura		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)		250,000 USD 500 USD 20%
<input type="checkbox"/> Cobertura de Maternidad		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Gastos Médicos Complementarios		
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral		<input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Universal <input type="checkbox"/> Absoluto
Tabla de Procedimientos Terapéuticos (llenar en caso de haber elegido este producto)		
	Actual/Vigente	Solicitado
Honorarios quirúrgicos		<input type="checkbox"/> 21 SMGMVDF <input type="checkbox"/> 36 SMGMVDF <input type="checkbox"/> GUA
Suma asegurada	_____ SMGMVDF	_____ SMGMVDF
Deducible	_____ SMGMVDF	_____ SMGMVDF
Coaseguro	_____ %	_____ %
Coberturas opcionales con costo		
<input type="checkbox"/> Ambulancia Aérea		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Parto Normal		
<input type="checkbox"/> Urgencia Médica en el Extranjero		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Gastos Médicos Complementarios		
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral		<input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Universal <input type="checkbox"/> Absoluto
SMGMVDF: Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal. GUA: Gastos Usual y Acostumbrado.		

Cobertura de Gastos Médicos Complementarios *

En caso de contratar la cobertura de Gastos Médicos Complementarios favor de contestar y anexar la siguiente información:

Periodo de reporte de Siniestralidad:						Monto Total Pagado	
Fecha inicial	Día	Mes	Año	Fecha final	Día	Mes	Año
						¿Incluye I.V.A.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Deberá anexar en archivo con formato.xls; la información a detalle de la siniestralidad a nivel reclamación (cada uno de los pagos efectuados por el siniestro en el periodo reportado), incluyendo al menos los siguientes datos: Nombre completo del integrante afectado / Sexo / Edad o fecha de nacimiento / Fecha de 1er gasto / Fecha de registro / Padecimiento o diagnóstico / No. de siniestro / Monto pagado / Fecha del último pago / Suma asegurada con la que se aperturó el siniestro.

* Esta cobertura solo se cubre en estudios de experiencia propia y de acuerdo a las políticas vigentes de la compañía.

Características de la colectividad asegurable

Características de la colectividad Con relación laboral Sin relación laboral

Garantiza prestaciones u obligaciones Sí No

Los integrantes se adhieren a la solicitud de seguro por: Prestación laboral Voluntario

¿Quién proporciona los recurso para el pago de las primas?

	Prestación al 100%	% de contribución		Total
		Patrón o contratante	Empleado o asegurado	
Empleado o asegurado				100%
Dependientes económicos				100%

La participación mínima del patrón será de 51%

Población total de la colectividad	Número de titulares (tales como trabajadores y/o empleados)	+	Número de dependientes económicos (tales como cónyuge, hijos y/o madre y/o padre)	=	Número de personas a asegurar
------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------

Dependientes económicos Cónyuge Hijos Padres Otros: _____

Elegibilidad de la colectividad asegurable, ejemplos: empleados, gerentes, directivos, etc.

¿Estaba esta colectividad asegurada en la vigencia anterior? Sí No Compañía AXA Seguros Otra, ¿cuál _____

Actividad de los asegurados de la colectividad:

¿Cuál es la relación contratante - asegurado titular?
 Empleado Socio Cliente/Proveedor Por honorarios Jubilado Otro, especifique _____

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.

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 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 cualquiera de los solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente.

Asimismo autoriza a las compañías de seguros a las cuales ha solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

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

Autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos mis historiales médicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad.

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.

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 aceptación 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.

Datos Personales (Aviso de Privacidad)

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 del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en axa.mx.

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 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. Firma _____.

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.

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

Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros.

Sí _____ No _____ Firma _____ "En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**".

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares (solicitantes), acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA favor de marcar la siguiente casilla. Sí No

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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 (contratante)

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 Institución 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 corresponda 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: _____

Como resultado de entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.**Datos del agente (aspectos internos de la compañía)**

	No. agente	Nombre del agente	Comisión	C. de contribución	Cesión de comisión
Agente 1			%		%
Agente 2			%		%

Firma del contratante o representantes legales

Firma del agente

Lugar fecha

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 07 de noviembre del 2014, con el número CGEN-S0048-0149-2014.

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

