



Guía para llenar la solicitud de seguro de Gastos Médicos Mayores Flex Plus®

Junio 2022



CONTENIDO



| | |
|---|----|
| Información de la póliza | 3 |
| Datos del solicitante titular | 3 |
| Datos del contratante | 4 |
| Otros seguros de gastos médicos mayores | 5 |
| Plan | 5 |
| Coberturas adicionales | 6 |
| Datos de los solicitantes | 6 |
| Reconocimiento de antigüedad | 7 |
| Estatura, peso y hábitos | 7 |
| Cuestionario médico | 8 |
| Ocupación | 9 |
| Artículo 492 | 10 |
| Entrevista con el cliente | 10 |
| Cargo automático | 11 |



Con la finalidad de facilitar el correcto llenado de la solicitud de Gastos Médicos Mayores Flex Plus® y agilizar el proceso de atención de tus solicitudes, generamos este manual que te ayudará en el proceso de llenado de dicha solicitud.

Información de la póliza

En este primer apartado deberás seleccionar “Póliza - Nueva”

| Información de la Póliza | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|---|-----|-----|-------|---|---|---|---|
| Póliza | <input checked="" type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Alta de Asegurado | | | Número de Póliza para alta | | | Folio | | | | |
| Fecha de solicitud | Día | Mes | Año | Ingresar la fecha en la que realizas la solicitud con formato dd/mm/aaaa | | | | | | | |
| | 2 | 1 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 2 | | | |
| Vigencia (debe cumplir con las políticas internas) | | | | | | | | | | | |
| Desde las | Día | Mes | Año | Hasta las | Día | Mes | Año | | | | |
| 12 horas | 3 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 2 | | | |
| | | | | 12 horas | 3 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 3 |

Ingresar la fecha de inicio y fin de vigencia con formato **dd/mm/aaaa**

Póliza nueva: es importante elegir una fecha entre la fecha de solicitud y 30 días posteriores. Considera que la fecha de emisión será el día en que AXA cuente con el 100% de información médico-administrativa.

Pólizas de migración: la vigencia es otorgada a partir de la fecha en la que termina la vigencia la póliza Plus, esto para dar continuidad a la cobertura.

Datos del solicitante titular

Deberás seleccionar si el solicitante es persona física o moral e ingresar sus datos, tales como:

- Nombre
- RFC*
- CURP*
- País y estado de nacimiento
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Número de serie del certificado fiel*
- Nacionalidad
- Actividad o giro mercantil, y ocupación o profesión
- Domicilio
- Teléfono particular*
- Teléfono oficina*
- Teléfono celular*
- Correo electrónico*

*Datos opcionales

En este campo deberás ingresar las iniciales del tipo de régimen capital, ejemplo: "S.A. de C.V."
Régimen capital: aplica a las sociedades que realicen actividades lucrativas, como son las sociedades mercantiles, ejemplo: sociedad anónima, sociedad de responsabilidad limitada.

Indicar clave de uso de CFDI (importante para facturar deducciones).
Para las pólizas de GMM la clave de uso deberá ser **D07**: primas por seguros de gastos médicos o **G03**: gastos en general.

Ingresar los datos del domicilio del contratante. Nota: estos deberán coincidir con el comprobante de domicilio.

En caso de ser persona moral, deberás indicar el nombre completo del representante legal.

Con la finalidad de aclarar los términos requeridos para la actividad/giro, este refiere a toda aquella forma mediante la cual se produce o se vende un bien o servicio, ejemplo: seguros, salud, educación, publicidad, etc. Y para la ocupación/profesión, nos referimos al trabajo al que se dedica: empleado, enfermero, maestro, diseñador etc.
Nota: para los casos donde especifiquen comerciante o venta, será necesario especificar qué tipo de productos se comercializan.

| Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona) | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------|---|------------------|--|--|
| Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Otro(a) | | | Clave de uso de CFDI | | | | | | | | |
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social | | | | | | | | | | | |
| RFC o número de identificación fiscal (NIF) | | | | | Régimen capital | | | | | | |
| CURP | | | | | País y estado de nacimiento | | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | |
| Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa | | | Día | Mes | Año | Número de serie del certificado FIEL | | | Nacionalidad(es) | | |
| Actividad o giro mercantil | | | | Ocupación o profesión | | | | Correo electrónico | | | |
| Domicilio | | | | | | | | No. exterior | No. interior | | |
| Calle | | | | | | | | | | | |
| Colonia | | | Código postal | | Alcaldía o municipio | | Población o ciudad | | Estado | | |
| Tel. particular | | | Tel. oficina | | | | Tel. celular | | | | |
| Para personas morales | | | | | | | | Folio mercantil | | | |
| Nombre(s) completo(s) de(los) representante(s) legal(es) | | | | | | | | | | | |

Datos del contratante

Este apartado deberá ser llenado solo en caso de que el contratante sea distinto al solicitante titular.
*Considera en el llenado de este apartado tomar en cuenta los comentarios del apartado anterior.

| Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular) | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|-----|---|--------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|--|
| Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Otro(a) | | | Clave de uso de CFDI | | | | | | | |
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social | | | | | RFC o número de identificación fiscal (NIF) | | | | | |
| Régimen capital | | | CURP | | | País y estado de nacimiento | | | | |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa | Día | Mes | Año | Número de serie del certificado FIEL | | | | |
| Nacionalidad(es) | | Actividad o giro mercantil | | | Ocupación o profesión | | | Correo electrónico | | |
| Domicilio | | | | | | | | No. exterior | No. interior | |
| Calle | | | | | | | | | | |
| Colonia | | | Código postal | | Alcaldía o municipio | | Población o ciudad | | Estado | |
| Tel. particular | | | Tel. oficina | | | | Tel. celular | | | |
| Para personas morales | | | | | | | | Folio mercantil | | |
| Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es) | | | | | | | | | | |

Otros seguros de gastos médicos mayores

En caso de que el solicitante cuente con un seguro adicional, deberás indicarlo en este apartado, especificando si es un seguro de AXA o de otra compañía, colectivo o individual, así como indicar el número de póliza.

| Otros seguros de gastos médicos mayores | | | | |
|---|---|--------|--------------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> AXA Seguros | <input type="checkbox"/> Individual | Póliza | No. de Póliza Individual | No. de Póliza Colectivo |
| <input type="checkbox"/> Otra compañía | <input checked="" type="checkbox"/> Colectivo | 1 | | XXXXX |
| ¿Cuál? _____ | | 2 | | |

Plan

Deberás marcar el plan seleccionado por el solicitante: gama hospitalaria, tabulador, suma asegurada, deducible, coaseguro, periodo de pago de siniestros, forma de pago y conducto de pago.

| Plan | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Gama hospitalaria | Tabulador | Suma asegurada | Deducible | Coaseguro | Periodo de pago de siniestro | Forma de pago | Conducto de pago |
| <input type="checkbox"/> Diamante | <input type="checkbox"/> Roble + 100% | <input type="checkbox"/> \$550,000 | <input type="checkbox"/> \$11,000 | <input type="checkbox"/> 5% | <input type="checkbox"/> 4 meses | <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco |
| <input type="checkbox"/> Esmeralda | <input type="checkbox"/> Roble + 50% | <input type="checkbox"/> \$1,100,000 | <input type="checkbox"/> \$16,000 | <input type="checkbox"/> 10% | <input type="checkbox"/> 2 años | <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito |
| <input type="checkbox"/> Zafiro | <input type="checkbox"/> Roble | <input type="checkbox"/> \$3,300,000 | <input type="checkbox"/> \$21,000 | <input type="checkbox"/> 20% | <input type="checkbox"/> 20 años | <input type="checkbox"/> Trimestral* | |
| | <input type="checkbox"/> Caoba | <input type="checkbox"/> \$6,600,000 | <input type="checkbox"/> \$31,000 | <input type="checkbox"/> 30% | <input type="checkbox"/> 100 años | <input type="checkbox"/> Mensual* | |
| | <input type="checkbox"/> Cedro | <input type="checkbox"/> \$28,000,000 | <input type="checkbox"/> \$44,000 | | | *Se recomienda por cargo automático | |
| | <input type="checkbox"/> Fresno | <input type="checkbox"/> \$75,000,000 | <input type="checkbox"/> \$68,000 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Olivo | <input type="checkbox"/> \$145,000,000 | <input type="checkbox"/> \$145,000 | | | | |

En caso de elegir cargo automático, toma en cuenta que el **dato bancario** deberá de venir **tokenizado**.

Coberturas adicionales

Deberás marcar las coberturas elegidas por tu asegurado:

En caso de seleccionar “Maternidad extendida”, es importante seleccionar la suma asegurada.

Si el solicitante requiere contratar “Continuidad Garantizada”, es importante indicar si requiere la contratación con o sin complementos*.

| Coberturas adicionales Flex Plus* | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Fuera del Hospital | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maternidad Extendida | <input checked="" type="checkbox"/> \$27,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$50,000 Moneda Nacional |
| <input type="checkbox"/> Preexistencia | |
| <input type="checkbox"/> Cliente Distinguido | |
| <input type="checkbox"/> Deducible 0 por Accidente | |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Planmed | <input type="checkbox"/> Esencial <input checked="" type="checkbox"/> Intermedio |
| <input type="checkbox"/> Cobertura Nacional | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Continuidad Garantizada | No. de Póliza Colectiva AXA _____ Complementos: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de certificado AXA _____ |
| <input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Cubiertas en el Extranjero | Al contratar esta cobertura, se incluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero. |
| <input type="checkbox"/> Atención en el Extranjero | Al contratar esta cobertura, se incluyen las coberturas de Emergencia en el Extranjero y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero. |
| <input type="checkbox"/> Protección Dental Integral | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia en Viajes | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conversión Garantizada | <input type="checkbox"/> \$500,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$1,000,000 Moneda Nacional <input checked="" type="checkbox"/> \$5,000,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$750,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$2,000,000 Moneda Nacional Póliza Colectiva AXA** |

**En caso de que la Póliza Colectiva con la que cuente el Asegurado sea con AXA.

Si el solicitante decide contratar Planmed®, deberás indicar el plan que desea contratar, en caso de no marcarlo, no tomaremos en cuenta la cobertura.

Si el solicitante decide contratar “Conversión Garantizada” es importante seleccionar la suma asegurada.

***Con complementos:** dirigida a aquellas personas con algún padecimiento que dejaron de laborar en una empresa asegurada en AXA y que por ende requieran continuar con protección para la atención del padecimiento que ya se encuentre cubierto en la póliza de prestación.

***Sin complementos:** dirigida a aquellas personas que dejaron de laborar en una empresa asegurada en AXA y decidan continuar con protección bajo una póliza Individual sin pagar siniestros con reconocimiento de antigüedad.

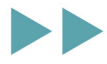
Datos de los solicitantes

En este apartado deberás registrar el nombre, sexo y fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) del titular y de los dependientes de tu asegurado, así como el parentesco que tienen con el titular de la póliza.

| Datos de los Solicitantes | | | | | | | |
|---------------------------|---|------|---|---------------------|-----|-----|---------------------------|
| No. Solicitante | Nombre(s), apellido paterno, apellido materno | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Parentesco con el titular |
| | | M | F | Día | Mes | Año | |
| 1. Titular* | | | | | | | |
| 2. Solicitante* | | | | | | | |
| 3. Solicitante* | | | | | | | |
| 4. Solicitante* | | | | | | | |
| 5. Solicitante* | | | | | | | |
| 6. Solicitante* | | | | | | | |
| 7. Solicitante* | | | | | | | |
| 8. Solicitante* | | | | | | | |
| 9. Solicitante* | | | | | | | |
| 10. Solicitante* | | | | | | | |

¿Alguno de los solicitantes habita en un domicilio diferente al del Titular? Sí No
En caso afirmativo, por favor, indicar el domicilio de cada solicitante en el formato **AI-458 Anexo Flex Plus® Domicilio.**

Importante: registra el parentesco con el titular.



Reconocimiento de antigüedad

En caso de que cuenten con reconocimiento de antigüedad, deberás registrar en este apartado si la póliza es de AXA individual, AXA colectivo, fecha y número de póliza; en caso de que la antigüedad reconocida sea de otra compañía, deberás ingresar solo la fecha.

Reconocimiento de antigüedad (se deberá adjuntar copia de la Póliza anterior con Endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de Antigüedad de AXA Colectivo o AXA Individual, se requiere solamente el número de Póliza).

| No. Solicitante | Antigüedad AXA Individual | | | | Antigüedad AXA Colectivo | | | | Antigüedad reconocida (otra compañía) | | |
|-----------------|---------------------------|-----|-----|------------|--------------------------|-----|-----|------------|---------------------------------------|-----|-----|
| | Día | Mes | Año | No. Póliza | Día | Mes | Año | No. Póliza | Día | Mes | Año |
| 1. | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | |

Estatura, peso y hábitos

En este apartado deberás ingresar los hábitos de todos los solicitantes, así como el peso y la talla.

| No. Solicitante | Estatura (m) | Peso (kg) | ¿Fuma o ha fumado? | | Desde - Hasta (año/año) | Cantidad diaria en cigarrillos | ¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas? | | Desde - Hasta (año/año) | Frecuencia y cantidad en copas diarias | ¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes? | | Desde - Hasta (año/año) | Frecuencia y cantidad |
|-----------------|--------------|-----------|--------------------|----|-------------------------|--------------------------------|---|----|-------------------------|--|---|----|-------------------------|-----------------------|
| | | | Sí | No | | | Sí | No | | | Sí | No | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | | | |

La información de peso y estatura deberá de ser la más actualizada.
 Importante: en caso de ser afirmativo en algún hábito, deberás indicar desde cuándo y hasta cuándo el solicitante ha tenido dicho hábito, así como cantidad y frecuencia de consumo. En caso de drogas y/o estimulantes, favor de especificar el tipo.



Cuestionario médico

En este apartado deberás seleccionar “Sí o No” a los padecimientos que ha presentado el solicitante.

| Cuestionario médico (este cuestionario deberá ser contestado para cada uno de los Solicitantes) | | | |
|---|---|--|---|
| 1. ¿Alguno de los Solicitantes tiene o ha tenido diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades? | | | |
| a. Cáncer incluyendo leucemias o linfomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis “C” | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Alguno de los Solicitantes recibe algún tipo de tratamiento de forma constante, por intervalos de tiempo o de manera ocasional por: | | | |
| a. Molestias o dolor bajo de espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | d. Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte del cuerpo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | f. Cualquier otra causa no mencionada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Alguno de los Solicitantes: | | | |
| a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Actualmente alguno de los Solicitantes: | | | |
| a. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | b. ¿Presenta algún malestar, signo o síntoma? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Alguno de los Solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH? | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Alguno de los Solicitantes ha variado su peso más de 7 kilos en el último año? | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Nota: este cuestionario es muy importante para la selección médica y todos los campos son obligatorios.

En caso de seleccionar alguna pregunta del cuestionario como afirmativa, en el siguiente apartado deberás de indicar para qué solicitante aplica, número de la pregunta, síntoma y/o diagnóstico, número de veces que lo ha padecido, inicio y última vez en la que lo presentó.

| En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información. | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|--------------------|------------------------|
| No. Solicitante | No. de pregunta / inciso | Detalle (síntoma y/o diagnóstico) | Estado actual | No. de veces que las ha padecido | Inicio día/mes/año | Última vez día/mes/año |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

En caso de que alguno de los solicitantes tenga antecedentes de afecciones cardiacas, hipertensión, diabetes, obesidad, padecimientos congénitos o trastorno mental, lo deberá registrar en este apartado. Especificando número de solicitantes, parentesco, enfermedades y causa y edad en caso de fallecimiento de la persona con la afección.

7. ¿Alguno de los Solicitantes tiene antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o trastorno mental? Sí No
En caso afirmativo, proporcionar la siguiente información:

| No. de Solicitante | Parentesco con el Solicitante | Enfermedad(es) | Causa y edad en caso de fallecimiento |
|--------------------|-------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ocupación

Deberás registrar la ocupación, actividad o giro de los solicitantes mayores de edad y en caso de que tengan un domicilio, teléfono y/o nacionalidad distinta a la del titular, también deberás indicarlo.

| Ocupación (solo para los Solicitantes mayores de edad) | | | |
|--|----------------------|------------------|--|
| No. de Solicitante | Ocupación/ Profesión | Actividad / Giro | Si alguno de los Solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Con la finalidad de aclarar los términos requeridos para la actividad/giro, este refiere a toda aquella forma mediante la cual se produce o se vende un bien o servicio, ejemplo: seguros, salud, educación, publicidad, etc. Y para la ocupación/profesión, nos referimos al trabajo al que se dedica: empleado, enfermero, maestro, diseñador, etc.

En caso de que el solicitante no desee recibir el contrato vía correo electrónico, deberás indicarlo en este apartado:

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 esta lo estima conveniente.

Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que ha dado personalmente todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, que son verídicas y están completas; asimismo, conviene en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias para el Contrato de seguro solicitado y en que constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que, al efecto, indico en el apartado "Datos de Contratante" de esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción: "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico".

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. Asimismo, hago constar que, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, puedo consultar las Condiciones generales que se encuentran disponibles en axa.mx

Este documento solo 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, 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, así como la forma de dar por terminada su cobertura.

Artículo 492

En esta sección deberás confirmar que los datos proporcionados son correctos:

Si la respuesta es afirmativa, deberás indicar el nombre completo, puesto desempeñado y la relación con tu asegurado.

| Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas | |
|--|---|
| En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, o, en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, o bien, 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 | |
| En caso afirmativo, mencione nombre completo _____ | |
| Puesto desempeñado _____ | |
| Relación con el participante _____ | |
| Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo. | En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, y llenar el Formato único respectivo para esa persona. |
| Aviso de privacidad | |
| AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), 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 su solicitud del seguro, en su caso, emitir su póliza y para todas las finalidades relativas al 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 realice el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas y para el cobro de la prima. Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud. | |
| Autorizo que AXA Seguros transfiera con mi agente o broker mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo los patrimoniales, financieros y sensibles. | |
| <input type="checkbox"/> Sí acepto. Firma del Asegurado: Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud. | |
| <input type="checkbox"/> No acepto. | |
| En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad Integral. | |

Marca "Sí o No" en caso de que el cliente sea una persona física y desempeñe una actividad política.

En caso de que el titular o el contratante no sea el que pagará la prima, es necesario incluir el formato único para especificar esta información (GA-082) - [Descárgalo aquí.](#)

Deberás de seleccionar cualquiera de las dos opciones.

Entrevista con el cliente

En este apartado deberás confirmar que toda la información de la solicitud es real y fue recabada por medio de una entrevista personal con el solicitante.

Registra tus datos: nombre, número de agente y tu firma.

| Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros) | | |
|---|---------------|------------------|
| 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. | | |
| Nombre del agente | No. de agente | Firma del agente |
| | | |

| Datos de agente (aspectos internos de la Compañía) | | | | | |
|--|-------------------|---|------------------------|--------------------|---------------|
| No. de agente | Nombre del agente | Comisión | Centro de contribución | Cesión de comisión | |
| Agente 1 | | % | | | % |
| Agente 2 | | % | | | % |
| Firma del Contratante (solo si es diferente al Solicitante) | | Firma del Solicitante titular (o su representante legal si es menor de edad) | | Firma del agente | Lugar y fecha |
| <p>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 o llame a los teléfonos 800 737 7663 (opción 1) y 55 5169 2746 (opción 1) desde la Ciudad de México, en un horario 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. Asimismo, puede dirigirse a la Condusef en av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, C.P. 03100, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o contactar a través de los teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 80 80 o al correo asesoria@condusef.gob.mx.</p> <p>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 11 de febrero de 2022, con el número CCNSF-S0048-0061-2022.</p> | | | | | |

Cargo automático

En caso de que el solicitante elija en conducto de pago la opción de “Cargo automático a tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques”, deberás ingresar los datos correspondientes en este apartado.

Nota: en caso de estar vigente alguna promoción de meses sin intereses deberás indicarlo en este apartado.

| Cargo automático | | | | | |
|--|--------|--|--|---------------------|-----------------------|
| Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques | | | | | |
| Nombre del Contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno) | | | | | |
| 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 tokenizado (crédito o solo débito Banamex) | Miembro desde (año) | Vencimiento (mes/año) |
| 1° | | | | | |
| 2° | | | | | |
| 3° | | | | | |
| No ingresar datos | | | | | |
| *Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques. | | | | | |
| <p>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, Master Card y/o American Express, 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 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. 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:</p> <p>a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Compañía. b) Por rechazo bancario. c) Cancelación de Póliza.</p> <p>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.</p> | | | | | |
| Firma del Contratante (tarjetahabiente) | | Firma del agente | | Lugar y fecha | |
| <p>AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), 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 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".</p> <p>Marcar la siguiente casilla, solo si el Contratante es una persona distinta al Solicitante.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales bancarios para el cobro de la prima y las finalidades mencionadas.</p> | | | | | |

Importante: recuerda que los números de tarjeta deben de estar tokenizados para evitar el rechazo de tu solicitud, ya que AXA es una empresa libre de datos de tarjeta en claro.

Este apartado deberá contar con la firma del solicitante, la firma del agente, así como la fecha y lugar en donde fue realizada la solicitud.

En caso de que el contratante sea una persona distinta al solicitante, deberás marcar la casilla para autorización de tratamiento de datos personales bancarios.

**¡Juntos, seguimos
protegiendo mejor
a más mexicanos!**

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este material por cualquier medio, sin la autorización previa y expresa de AXA Seguros, S.A. de C.V.