

Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de seguro Gastos Médicos Flex Plus

Información de la póliza														
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto ¿cuál? _____					No. de póliza anterior					Folio Pegaso				
Fecha de solicitud					Día Mes Año									
Vigencia*					*Debe de cumplir con las políticas internas									
Desde las 12 hrs.					Hasta las 12 hrs.									
Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante titular)														
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					Firma Electrónica Avanzada (FIEL)					Nacionalidad				
Doble nacionalidad ¿Cuál? _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Correo electrónico				
Actividad o giro mercantil					Ocupación o profesión					No. exterior No. interior				
Domicilio										Calle				
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)					Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)				
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera										Folio mercantil				
Domicilio en el país de origen					Calle					No. exterior No. interior				
Población o ciudad					Estado					País				
Teléfono					Código postal									
Datos del solicitante titular y contratante (en caso de ser la misma persona)														
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					Firma Electrónica Avanzada (FIEL)				
Nacionalidad					Doble nacionalidad ¿Cuál? _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Actividad o giro mercantil					Ocupación o profesión					Correo electrónico				
No. exterior					No. interior					Calle				
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)					Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil				

Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera

Domicilio en el país de origen		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Calle					
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono	

Otros seguros de gastos médicos mayores

<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual	Póliza	No. de póliza individual	No. de póliza colectivo
<input type="checkbox"/> Otra compañía, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> Colectivo	1	_____	_____
		2	_____	_____

Plan

Gama hospitalaria	Tabulador médico (costo de consulta)	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Periodo de pago de siniestro	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Diamante	<input type="checkbox"/> Roble \$1,000	<input type="checkbox"/> 5 mdp	<input type="checkbox"/> \$7,000	<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"/> Caoba \$425	<input type="checkbox"/> 20 mdp	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 2 años	<input type="checkbox"/> Semestral	
<input type="checkbox"/> Zafiro	<input type="checkbox"/> Cedro \$350	<input type="checkbox"/> 100 mdp	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 20 años	<input type="checkbox"/> Trimestral*	<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito
	<input type="checkbox"/> Fresno \$300		<input type="checkbox"/> \$30,000	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 100 años	<input type="checkbox"/> Mensual*	
	<input type="checkbox"/> Olivo \$200		<input type="checkbox"/> \$50,000			*Se recomienda por cargo automático	
			<input type="checkbox"/> \$100,000				

Coberturas adicionales FlexPlus

<input type="checkbox"/> Medicamentos Fuera del Hospital	
<input type="checkbox"/> Maternidad Extendida	<input type="checkbox"/> \$25,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$45,000 M.N.
<input type="checkbox"/> Preexistencias	
<input type="checkbox"/> Deducible 0 x Accidente	
<input type="checkbox"/> Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos	
<input type="checkbox"/> Cobertura Nacional	
<input type="checkbox"/> Reconocimiento de Derecho de Conversión	No. de póliza Colectiva AXA _____ 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 type="checkbox"/> Cliente Distinguido	
<input type="checkbox"/> Conversión Garantizada	<input type="checkbox"/> \$500,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$750,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$1,000,000 M.N. Póliza Colectiva AXA* _____

* En caso de que la póliza colectiva con la que cuente el asegurado sea con AXA

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 *							

* En adelante se mencionarán a los solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.

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.											

Estatura, peso y hábitos

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.														

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	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte de cuerpo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Dolor en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f. Cualquier otra causa no mencionada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3. En los últimos 5 años alguno de los solicitantes:

a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

4. Actualmente alguno de los solicitantes:			
a. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	b. ¿Presenta algún malestar, signo o síntoma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Alguno de los solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Alguno de los solicitantes ha variado su peso en el último año?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información.

No. de solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	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

7. ¿En alguno de los solicitantes existen antecedentes médicos en su familia directa (padre y hermanos) de: afecciones cardiacas, 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 (sólo para los solicitantes mayores de edad)

No. solicitante	Ocupación / Profesión	Actividad / Giro	Si alguno de los solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo

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 en donde se establecen los términos, exclusiones y limitaciones del producto 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, 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 _____.

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

“En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**”.

Sí ____ No ____ 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 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

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?

Especifique: _____ Sí No

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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", especifique 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 la 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 (sólo si es diferente al solicitante)	Firma del solicitante titular (o su representante legal si es menor de edad)	Firma del agente	Lugar y fecha

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto está registrado 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-S0048-0624-2014 de fecha 18 de noviembre del 2014.

Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques**Datos 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 (crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes / año)
1°					
2°					
3°					

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, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones de la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el **Banco de México** en el Diario Oficial de la Federación 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 Contratante (tarjetahabiente)	Firma del agente	Lugar y fecha

Si tienes alguna queja:

Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes de **AXA Seguros (UNE)**:

Teléfonos:

En el territorio nacional: **01 800 737 76 63 (opción 1)**

En el Distrito Federal: **5169 2746 (opción 1)**

Dirección:

Insurgentes Sur 3900, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 14000, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.

Para consultar otras oficinas de atención en el país ver:

www.axa.mx/Personas/ServicioAXA/centrosatencion

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Registro electrónico de comentarios:

axa.mx/Personas/ServicioAXA/Contactanos/Paginas/Quejas.aspx

O si no te resolvimos, contacta a la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)**

Teléfono:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

En el Distrito Federal: (55) 53 40 0999

Dirección:

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, México, D.F., C.P. 03100.

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

