

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 cumplir con las políticas internas											
Desde las 12 hrs.		Día		Mes		Año		Hasta las 12 hrs.		Día		Mes		Año	
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				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		No. interior			
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)							
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		No. interior		Colonia			Código postal		
Calle															
Población o ciudad				Estado				País				Teléfono			
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				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		No. interior			
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)						
Para personas morales 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 Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal					
Población o ciudad		Estado		País	Teléfono					
Otros seguros de gastos médicos mayores										
<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual	Pólizas	No. de póliza individual	No. de póliza colectiva						
<input type="checkbox"/> Otra compañía, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> Colectivo	1	_____	_____						
		2	_____	_____						
Planes										
Productos de AXA Seguros, S.A. de C.V.	Nivel hospitalario					Suma asegurada (M.N.)	Deducible (M.N.)			Coaseguro %
	360	270	180	90	45					
<input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$100,000,000	<input type="checkbox"/> \$8,000	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> 5%
							<input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$25,000	<input type="checkbox"/> \$30,000	<input type="checkbox"/> 10%
							<input type="checkbox"/> \$35,000	<input type="checkbox"/> \$50,000	<input type="checkbox"/> \$75,000	<input type="checkbox"/> 15%
							<input type="checkbox"/> \$100,000			<input type="checkbox"/> 20%
										<input type="checkbox"/> 25%
<input type="checkbox"/> Multiprotección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$100,000,000	<input type="checkbox"/> \$8,000	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	10%
							<input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$25,000	<input type="checkbox"/> \$30,000	
							<input type="checkbox"/> \$35,000	<input type="checkbox"/> \$50,000	<input type="checkbox"/> \$75,000	
							<input type="checkbox"/> \$100,000			
Producto de AXA Salud, S.A. de C.V. Multiprotección	El nivel hospitalario es igual al suscrito a Seguros					Aplica copago estipulado en la carátula de póliza				
<input type="checkbox"/> Especial Sureste	360	270				\$100,000,000	\$ 8,000			30%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Internacional	No aplica					1,000,000 USD	Nacional - Extranjero			10%
							<input type="checkbox"/> 500 usd - 1,500 usd			
							<input type="checkbox"/> 1,000 usd - 2,500 usd			
							<input type="checkbox"/> 2,000 usd - 2,000 usd			
							<input type="checkbox"/> 3,000 usd - 3,000 usd			
							<input type="checkbox"/> 5,000 usd - 5,000 usd			
							<input type="checkbox"/> 10,000 usd - 10,000 usd			
							<input type="checkbox"/> 20,000 usd - 20,000 usd			
<input type="checkbox"/> Salud 15	360	180*	* Aplica sólo para pólizas en el interior de la república.			\$15,000,000 por padecimiento cubierto por asegurado	\$ 15,000			15%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales						Suma asegurada	Deducible			
						Muerte Accidental \$	M.N.			
						Pérdidas Orgánicas \$	M.N.			
						Reembolso de Gastos Médicos \$	M.N.			
						Reembolso de Gastos Funerarios \$	M.N.			
							\$	M.N.		

Coberturas adicionales con costo **Cobertura de Atención Médica en el Extranjero**

Algún asegurado viajará al extranjero por motivo de estudios, por más de 3 meses o hasta 12 meses. Sí No
 Nota: Esta cobertura no aplica para los productos Internacional y Salud 15.

 Extensión de Cobertura **Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos _____%**

con incrementos de 5% en un rango desde 5% y hasta 200%
 Nota: Esta cobertura no aplica para los productos Internacional y Salud 15.

 Paquete de Beneficios Adicionales* **Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental***

Nota: Esta cobertura no aplica para el producto de Salud 15.

 Tradicional

Nota: Esta cobertura no aplica para los productos Internacional y Salud 15.

 Elite

Deducible: 1,500 USD 3,500 USD 5,000 USD 10,000 USD
 Nota: Esta cobertura no aplica para los productos Internacional y Salud 15.

 Protección Dental Integral **Programa Cliente Especial**

Nota: Esta cobertura está incluida sin costo en los productos Internacional y Salud 15.

 Cobertura de Vida en Vida*

Suma asegurada _____
 (desde \$50,000 y hasta \$200,000 con rangos de \$1,000 en \$1,000)

Asegurados: Titular Titular y cónyuge Titular y dependientes

 Cobertura de Dinero en Efectivo

Renta: \$500 \$1,000 \$1,500 Con periodo de espera: Sí No
 Asegurados: Titular Titular y cónyuge Titular y dependientes

Beneficiarios (aplica únicamente para las coberturas de Paquete de Beneficios Adicionales, Vida en Vida y Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental)

ADVERTENCIA: En 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 designar tutores, albaceas, representantes de herederos u 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 sólo tendría obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En los beneficiarios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

Nombre de la cobertura	Nombre del asegurado (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Nombre del beneficiario (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Parentesco con el asegurado	% de participación

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 ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon, recto, vías biliares, hígado, páncreas, bazo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13. ¿En los últimos dos años se le ha practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Endocrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis u otras?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. ¿Se le han practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mujeres (mayores de 16 años) 15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Transmisibles: hepatitis, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis o cualquier otra?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	16. ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿De los ojos o de los oídos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Preexistencia declarada 18. ¿Desea considerar algún(os) padecimiento(s) bajo el concepto de preexistencia declarada?	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	No. de pregunta / inciso	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de las veces que las ha sufrido	¿Cuándo? día/mes/año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual	Lo ha padecido en los últimos dos años (contesta sólo si desea preexistencia declarada)	No. de partos (P), cesáreas (C) y abortos (A) P C A

19. ¿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 de fallecimiento

Ocupación (sólo para los solicitantes mayores de edad)

No. de solicitante	Ocupación / Profesión	Actividad / Giro	Lugar de trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)	Si alguno de los solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo

AI - 234 • NOVIEMBRE 2014

Llenar el siguiente apartado en caso de contratar el producto de Accidentes Personales				
Por el desempeño de su ocupación laboral	Sí	No	¿Quién(es)?	Especifica
¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o espectáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, altura, alto voltaje, otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Deportes, aficiones y aviaciones				
¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Nota importante				
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Sólo para Plan Multiprotección: Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba 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 podrá 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 solicitante declara estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a AXA Salud, S.A. de C.V. todos sus antecedentes patológicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. 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.</p> <p>Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza y expresamente declaro mi conformidad con ellas.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>				

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 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 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro

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 <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", 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 (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 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 CGEN-S0048-0148-2014 de fecha 07 de noviembre del 2014.

Forma de pago					
Frecuencia de pago:			Conducto de pago:		
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* * Se recomienda por cargo automático.			<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito		
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. 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.					
<p>Por medio de la presente autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. 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 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.</p> <p>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>					
El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.					
Firma del contratante (tarjetahabiente)		Firma del agente		Lugar y fecha	