

Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante)									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)			Folio Pegaso	
R.F.C.			C.U.R.P.						
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero-divorciado-viudo		<input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Casado-unión libre		Edad		Nacionalidad			
Para personas físicas Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)				Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____					
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)						
Día Mes Año									
Correo electrónico			Actividad o giro mercantil		Ingresos (sólo personas físicas)		Ocupación o profesión		
Domicilio Calle							No. exterior		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 Nombre(s) del(los) apoderado(s) legale(s)							Folio mercantil		
¿Existen personas físicas que posean o controlen (directa o indirectamente) el 25% o más del capital o derechos de voto de la persona moral contratante?							Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Dichas personas son ciudadanos o residentes para efectos fiscales en los EUA?							Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Llenar estos datos en caso de ser extranjero									
Domicilio Calle				No. exterior	No. interior	Colonia			Código postal
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono		
Datos solicitante titular									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)		R.F.C.			C.U.R.P.				
Fecha de nacimiento		Día Mes Año	Edad	Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero-divorciado-viudo		<input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Casado-unión libre			Ocupación o profesión				
Actividad o giro del negocio			Correo electrónico			Relación con el contratante			
Domicilio Calle					No. exterior	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)			
Llenar estos datos en caso de ser extranjero									
Domicilio Calle				No. exterior	No. interior	Colonia			Código postal
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono		

Datos del solicitante mancomunado/seguro conyugal

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)									
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)			R.F.C.			C.U.R.P.									
Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año		Edad		Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estado civil												¿Cuál?			
<input type="checkbox"/> Soltero-divorciado-viudo			<input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia			Ocupación o profesión						<input type="checkbox"/> Casado-uniión libre			
Actividad o giro del negocio				Correo electrónico				Relación con el contratante							
Domicilio						No. exterior		No. interior		Colonia					
Calle		Código postal				Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado					
Tel. particular (con clave de ciudad)				Tel. oficina (con clave de ciudad)				Tel. celular (con clave de ciudad)							
01												01			
Llenar estos datos en caso de ser extranjero															
Domicilio						No. exterior		No. interior		Colonia				Código postal	
Calle						Población o ciudad		Estado		País				Teléfono	

Datos menor (EduAhorro)

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año			
Edad		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)		Relación con el contratante o solicitante				Nacionalidad							
Llenar estos datos en caso de ser extranjero															
Domicilio						No. exterior		No. interior		Colonia				Código postal	
Calle						Población o ciudad		Estado		País				Teléfono	

Otros seguros Esta información no faculta a la compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Solicitante	Ramo	Aseguradora	Suma asegurada
1. Titular			
2. Cónyuge/Concubino/ Mancomunado			
3. Dependiente/Menor			

Designación de beneficiarios (si elige fideicomiso anexe formatos correspondientes)

Advertencia: en el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse 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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada (**indicar en la columna de solicitante si es el titular, el mancomunado o el menor**).

Solicitante	Cobertura	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de participación

Plan solicitado												
Confirmar características aplicables a cada producto											Suma asegurada	
<input type="checkbox"/> Vida ProTGT							Plazo de pagos					Básica \$ _____
	<input type="checkbox"/> Temporal	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70		Seguro Conyugal (sólo en Milenium Life) \$ _____
	<input type="checkbox"/> OV/VPL	1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70	vitalicio
<input type="checkbox"/> Vida Inteligente Plus	<input type="checkbox"/> Plan Personal de Retiro (PPR)	Riesgo			<input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar			Beneficio por fallecimiento				Moneda
								<input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Nivelado (no aplica para PPR)				<input type="checkbox"/> Udis <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares
<input type="checkbox"/> Vida Inteligente		Riesgo			<input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar			Beneficio por fallecimiento				Incremento de suma asegurada alcanzada
								<input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Nivelado				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Mujer Única Inversión		Riesgo			<input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar							Nota: Moneda Nacional al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) / Dólares al Consumer Price Index (CPI, sólo en Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión).
<input type="checkbox"/> Mujer Única Protección								• Cáncer \$ _____ • Temporal \$ _____ • Vitalicio \$ _____				
<input type="checkbox"/> EduAhorro	Plazo de seguro educativo: _____ años	Plazo de pago educativo: _____ años			Meta educacional \$ _____							
<input type="checkbox"/> Vida Temporal		1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65		
<input type="checkbox"/> Vida Entera		5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	vitalicio		
<input type="checkbox"/> Grandes Sumas	Riesgo <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar	5	10	15	20	Edad alcanzada:	65	vitalicio				Aportación adicional / Prima excedente / Prima de ahorro
											(frecuencia igual al pago de prima básica) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Milenium Life	<input type="checkbox"/> Sólo suma asegurada (SSA) <input type="checkbox"/> Plus	Beneficio por fallecimiento			10	20	90	90 - 20				
Coberturas adicionales	<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> BI Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente			<input type="checkbox"/> ECMI Exención de los Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente			<input type="checkbox"/> PAI Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente \$ _____ Seguro Conyugal (sólo en Milenium Life) \$ _____				Estrategia de inversión (llenado obligatorio, aplica en Vida Inteligente Plus y Vida Inteligente).
	<input type="checkbox"/> Accidentes	<input type="checkbox"/> DI Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> DIPO DI + Pérdidas Orgánicas	<input type="checkbox"/> DIPOC DIPO + Muerte Colectiva	Suma asegurada \$ _____ Seguro Conyugal (sólo en Milenium Life) \$ _____			Fondo Básica Excedente Conservador ____% ____% Balanceado ____% ____% Crecimiento ____% ____% Dólares ____% ____%				
	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> CMU Cáncer Mujer Única Inversión \$ _____	<input type="checkbox"/> CDC Cobertura de Cáncer (VIP) \$ _____	<input type="checkbox"/> PAE Pago Adicional por Enfermedades Graves \$ _____	<input type="checkbox"/> CC Cobertura Conyugal \$ _____			Total 100% 100%				
		<input type="checkbox"/> IAC Indemnización Adicional por Cáncer \$ _____ Seguro Conyugal (sólo en Milenium Life) \$ _____	<input type="checkbox"/> PCD Protección Continua por Desempleo (sólo aplica para empleados de nómina)			<input type="checkbox"/> GF Gastos Funerarios Vida ProTGT, Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión \$ _____ <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual y dependientes <input type="checkbox"/> Individual y cónyuge				Milenium Life: (suma asegurada establecida) <input type="checkbox"/> Opción 1 <input type="checkbox"/> Opción 2 <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar		
					Llenar los datos de los solicitantes y el cuestionario relativo a Gastos Funerarios. En Vida ProTGT sólo aplica GF Individual.							
Frecuencia de pago							Forma de pago				Tipo de comisión	
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* *Sólo cargo automático							<input type="checkbox"/> Pago referenciado <input type="checkbox"/> Cargo automático en banco				<input type="checkbox"/> Decreciente <input type="checkbox"/> Nivelada	

Cuestionarios (si se requiere ampliar información agregarla en hoja anexa)

Ocupación				
Solicitante	Descripción y/o detalle de la ocupación y actividad	Lugar de trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)	Material y/o equipo de trabajo	Ingresos anuales
1. Titular				\$
2. Cónyuge/ Concubino/ Mancomunado				\$
3. Dependiente/ Menor				\$

Por el desempeño de su ocupación laboral:	¿Quién(es)?	Especifique
a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
c. ¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Deportes, aficiones y aviación	
¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares, de gobierno o militares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Desea cubrir el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si desea cubrir el riesgo, anexe a esta solicitud el cuestionario correspondiente.	

Estatura, peso y hábitos																																							
Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	Fuma		¿Desde cuándo?					Frecuencia					¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta		Frecuencia					¿Usa o ha usado drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta		Frecuencia											
			Sí	No	mes	año	D	S	M	E	C	Sí	No	año	año	D	S	M	E	C	Sí	No	año	año	D	S	M	E	C										
1.																																							
2.																																							
3.																																							

Especifique:

Médico (este cuestionario deberá ser contestado totalmente por cada una de las personas que solicitan cobertura de Vida Individual)

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"/>	3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares? 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"/>	4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon, recto, vías biliares, hígado, páncreas, bazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mujeres 15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Endocrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Transmisibles: hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis o cualquier otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en éste o en embarazos anteriores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿De los ojos de los oídos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Solicitante	No. pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de veces que las ha sufrido	¿Cuándo? día/mes/año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual

Historia familiar

¿En alguno de los solicitantes existen antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de: afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o de trastorno mental? Sí No

En caso afirmativo proporcionar la siguiente información.

Solicitante	Parentesco	Enfermedad(es)	Causa y edad de fallecimiento

Gastos Funerarios Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión (proporcione los datos de los solicitantes para esta cobertura, contesta la pregunta indicando a quien corresponda)

¿Alguno de los solicitantes padece o ha padecido cáncer, leucemia o linfoma en los últimos cinco años, enfermedades cerebrales y mentales, infarto cardiaco, angina de pecho, malformaciones y tratamientos quirúrgicos cardiacos, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), hepatitis "C" o cirrosis, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico?

Cónyuge	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Sexo		Edad	Fecha de nacimiento		
		M	F		Día	Mes	Año
Cónyuge							
Dependiente 1							
Dependiente 2							
Dependiente 3							
Dependiente 4							
Dependiente 5							

Datos del agente (aspectos internos de la compañía)

	No. agente	Nombre del agente	Comisión	No. promotor	C. de contribución	Producción
Agente 1			%			%
Agente 2			%			%

Notas importantes

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 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 Seguros, 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 verdícas 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.

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 Protección 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.

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 de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx.

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

Como contratante o solicitante 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.

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.

Notas importantes (continuación)

El Cliente declara, garantiza y certifica a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** que (i) todos los pagos de prima así como las aportaciones adicionales a la prima aplicadas a esta póliza, contrato o producto han sido o serán declaradas de manera apropiada a la autoridad fiscal pertinente en la jurisdicción del domicilio habitual del Cliente para efectos de cargos fiscales y/o en cualquier otra jurisdicción que se requiera o sea procedente de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, y (ii) los fondos no proceden, directa o indirectamente, de fuentes o actividades ilícitas y/o de evasión fiscal.

AXA Seguros, S.A. de C.V. ha mantenido por largos años una política de cooperación con autoridades fiscales y gubernamentales para combatir el lavado de dinero, la evasión fiscal y otras actividades ilícitas. En los casos en que el Cliente no sea un residente tributario de la jurisdicción donde se emita la póliza, contrato o seguro ("Transacción Transfronteriza"), AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, así como tratados internacionales de los que México sea parte, revelar a las autoridades fiscales y/o gubernamentales del país de origen del Cliente la identidad de éste y determinada información concerniente a la póliza, contrato o producto objeto de este formulario de solicitud; y el Cliente, a su vez, acepta y conviene por la presente en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** podrá hacer dicha revelación de manera discrecional.

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 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? 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

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 compañía 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: _____

Nota: Se deberán recabar y adjuntar adicionalmente los datos (a través de un Formato Único debidamente llenado y firmado) y documentos de identificación del tercero según el tipo de persona.

Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.

Firma del contratante	Firma del solicitante titular	Firma del solicitante mancomunado	Firma del agente	Lugar y fecha

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°					

*Cargo a: **d** = tarjeta débito, **c** = tarjeta crédito, **ch** = cuenta de cheques.

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 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:

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

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-S0048-0175-2014 de fecha 31/10/2014.

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.aspxO 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