Vida

Solicitud de seguro
Protección Efectiva

Datos del contratante/solicitante

Nombre Completo (Como aparece en su identificación oficial)

Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino

Folio Pegaso

RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal (NIF)

CURP

Estado civil ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Sociedad de convivencia ☐ Casado - Unión libre

Edad

País de nacimiento

Estado de nacimiento

Doble nacionalidad Sí ☐ No ☐
¿Cuál?_____

Peso _____

Estatura _____

Fuma ☐ Sí ☐ No

Fecha de nacimiento
Día Mes Año

Firma Electrónica Avanzada (FIEL)

Correo electrónico

Ingreso anual

Domicilio
Calle

No. exterior

No. interior

Colonia

Código postal

Alcaldía o municipio

Población o ciudad

Estado

Tel. particular (con clave de ciudad)

Tel. oficina (con clave de ciudad)

Teléfono celular

Cuestionarios

Ocupación

1. ¿Desempeña alguna de las siguientes actividades: Agente de Seguridad, agente secreto o guardaespaldas; policía de cualquier corporación o dependencia de gobierno o privada; empleado de la fiscalía general de la república, fiscalía general de justicia, guardia nacional, SEDENA y marina; gobernador, presidente municipal, alcalde, regidor, sindico, diputado, senador, ministro de la suprema corte de justicia de la nación, juez, secretario de estado; brigadista, rescatista, socorrista; piloto, personal de tripulación o pasajero de aviación privada, militar y de gobierno; piloto fumigador, fotógrafo aéreo; chofer de transporte de materiales inflamables, explosivos o tóxicos; obrero con uso de material explosivo, inflamable o tóxico; despachador de autotanques o pipas de gasolina y gas; personal que labora en plataformas marinas, minero subterráneo, actor de escenas peligrosas y doble de televisión y cine; acróbata en el aire y en motocicleta; corredor de autos, motocicletas y caballos; domador o cuidado de animales peligrosos o salvajes; tauromaquia en general, charrería, cacería, boxeador, buzo, vuelos ultraligeros, alpinismo amateur y profesional? Sí ☐ No ☐

   Describir: ocupación, profesión o actividad. _____

Médico

1. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes afecciones : cáncer de cualquier tipo y localización incluyendo leucemia, Diabetes, insuficiencia o falla renal, enfermedades mentales, neurológicas y/o de la circulación del cerebro, enfermedades del corazón, Presión Arterial Alta (Hipertensión Arterial), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis C o cirrosis, fibrosis pulmonar o EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), esclerosis múltiple o Lupus Eritematoso Sistémico? Sí ☐ No ☐
2. ¿Tiene pendiente alguna operación, hospitalización, estudios de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? Sí ☐ No ☐

Otros seguros

1. Si ya tiene contratado(s) otro(s) seguro(s) en este mismo plan, indique el total de suma asegurada: _____

VI-323 • OCTUBRE 2021

Vida

Solicitud de seguro
Protección Efectiva

Características del seguro

Coberturas amparadas [X] Fallecimiento [X] Invalidez total y permanente [X] Pérdida orgánica por accidente
Suma asegurada $_____

Frecuencia de pago
[ ] Anual [ ] Semestral [ ] Trimestral [ ] Mensual

Forma de pago [ ] Pago referenciado en banco (anual o semestral) [ ] Cargo automático

Moneda
[ ] Nacional

Tipo de comisión
[X] Nivelada

El plan a contratar en moneda nacional contempla incrementos automáticos de suma asegurada conforme a la inflación.
Si no desea dicho incremento, indíquelo: [ ] No deseo el incremento automático de suma asegurada

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 solo 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.

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento	% de participación
1.			
2.			
3.			

Domicilio de los beneficiarios (solo en caso de ser distinto al domicilio del contratante/solicitante)

Calle, número interior, número exterior, colonia, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado
1.
2.
3.

Datos del agente (aspectos internos de la compañía)

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

Vida

Solicitud de seguro
Protección Efectiva

Notas importantes

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 esta lo estima conveniente.

AXA Seguros, S.A. de C.V., 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 la solicitud de seguro y selección de riesgo, emisión de la póliza, 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.

☐ Autorizo que AXA trate mis datos personales financieros, patrimoniales y sensibles para los fines referidos. Reconozco que este consentimiento se complementa con la firma de la presente solicitud.

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi póliza a mi agente o al *broker.*

☐ Sí acepto. Reconozco que este consentimiento se complementa con la firma de la presente solicitud.

☐ No acepto.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través del correo electrónico declarado en la presente en la solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción ☐ No deseo que la documentación me sea entregada vía correo electrónico.

Sin perjuicio de lo anterior, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx

AXA Seguros, S.A. de C.V. ha mantenido 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 fiscal de la jurisdicción donde se emita la Póliza, contrato o seguro, o en los casos en los que el Cliente sea residente fiscal en otro país, 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 de México y/o del país de origen del Cliente la identidad de este y determinada información concerniente a la Póliza, contrato o producto objeto de este formulario de solicitud. El Cliente se compromete a notificar de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. cualquier cambio de circunstancias referentes a su residencia fiscal y a proporcionar a AXA Seguros, S.A. de C.V. una declaración actualizada dentro de un periodo de 30 días a partir de dicho cambio de circunstancias.

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. Tel. 800 737 7663 (opción 1) y desde la Cd. de México 55 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escríbanos a axasoluciones@axa.com.mx; o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762, col. Del Valle, México, CDMX, C.P. 03100 - Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx

Firma del contratante	Firma del agente	Lugar y fecha

VI-323 • OCTUBRE 2021

Vida

Solicitud de seguro
Protección Efectiva

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. Sí ☐ No ☐		
En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo
¿Actúa a nombre y por cuenta propia? Sí ☐ No ☐ En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa y se deberá llenar el Formato Único respectivo.		
¿Es usted quien pagará la prima? Sí ☐ No ☐. En caso negativo, mencione el nombre de la persona que pagará la prima, quien deberá llenar el Formato Único respectivo:		
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. Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (en adelante las Disposiciones); así como lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento del Cliente, yo agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones. Asimismo, hago constar que los datos recabados fueron obtenidos directamente de una identificación personal vigente así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.		

Firma del contratante	Firma del agente	Lugar y fecha

VI-323 • OCTUBRE 2021

Vida

Solicitud de seguro
Protección Efectiva

Cargo automático

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 tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Vencimiento (mes/año)
1º				

***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 y subsecuentes 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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual que integra este producto de seguro, quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de octubre de 2021 con el número CNSF-S0048-0247-2021 / CONDUSEF-004971-03.

Abreviaturas:
C. de contribución - Centro de Contribución

VI-323 • OCTUBRE 2021