



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Información de la Póliza																								
Póliza ☐ Nueva ☐ Alta de Asegurado					Número de Póliza para alta					Folio														
Fecha de solicitud					Día Mes Año																			
Vigencia (debe cumplir con las políticas internas)																								
Desde las 12 horas					Hasta las 12 horas																			
Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)																								
Régimen fiscal ☐ Persona física ☐ Persona moral					Clave de uso de CFDI																			
Otro(a)																								
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 ☐ Masculino ☐ 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 (solo si es diferente al Solicitante titular)																								
Régimen fiscal ☐ Persona física ☐ Persona moral					Clave de uso de CFDI																			
Otro(a)																								
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 ☐ Masculino ☐ 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)																								

AI - 305 • FEBRERO 2025



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de Seguro Gastos Médicos Flex Plus®

Otros seguros de gastos médicos mayores							
☐ AXA Seguros	☐ Individual	Póliza	No. de Póliza Individual	No. de Póliza Colectivo			
☐ Otra compañía	☐ Colectivo	1					
¿Cuál? _____		2					
Plan							
Gama hospitalaria	Tabulador	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Periodo de pago de siniestro	Forma de pago	Conducto de pago
☐ Diamante	☐ Roble + 100%	☐ 700,000	☐ 19,000	☐ 10%	☐ 4 meses	☐ Anual	☐ Pago referenciado en banco
☐ Esmeralda	☐ Roble + 50%	☐ 1,300,000	☐ 25,500	☐ 15%	☐ 2 años	☐ Semestral	
☐ Zafiro	☐ Roble	☐ 2,600,000	☐ 37,000	☐ 20%	☐ 20 años	☐ Trimestral*	
	☐ Caoba	☐ 4,250,000	☐ 53,000	☐ 30%	☐ 100 años	☐ Mensual*	
	☐ Cedro	☐ 6,000,000	☐ 68,000			*Se recomienda por cargo automático	☐ Cargo automático a tarjeta de crédito o débito
	☐ Fresno	☐ 8,500,000	☐ 82,000				
	☐ Olivo	☐ 15,000,000	☐ 127,500				
		☐ 22,000,000	☐ 172,000				
		☐ 35,000,000					
		☐ 65,000,000					
		☐ 90,000,000					
		☐ 125,000,000					
		☐ 173,000,000					
Coberturas adicionales Flex Plus®							
☐ Medicamentos Fuera del Hospital							
☐ Maternidad Extendida		☐ \$33,000 Moneda Nacional ☐ \$64,000 Moneda Nacional					
☐ Preexistencia							
☐ Cliente Distinguido							
☐ Deducible 0 por Accidente							
☐ Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos							
☐ Planmed® Intermedio							
☐ Integral		Al contratar esta cobertura, se excluye la cobertura de Planmed® Intermedio.					
☐ Cobertura Nacional							
☐ Continuidad Garantizada		No. de Póliza Colectiva AXA _____					
Complementos: ☐ Sí ☐ No		No. de certificado AXA _____					
☐ Emergencia en el Extranjero							
☐ Enfermedades Cubiertas en el Extranjero		Al contratar esta cobertura, se incluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero.					
☐ Atención en el Extranjero		Al contratar esta cobertura, se incluyen las coberturas de Emergencia en el Extranjero y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero.					
☐ Protección Dental Integral							
☐ Servicios de Asistencia en Viajes							
☐ Conversión Garantizada		☐ \$500,000 Moneda Nacional ☐ \$750,000 Moneda Nacional ☐ \$1,000,000 Moneda Nacional ☐ \$2,000,000 Moneda Nacional ☐ \$5,000,000 Moneda Nacional 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	CURP*	Parentesco con el titular
1. Titular*			
2. Solicitante*			
3. Solicitante*			
4. Solicitante*			
5. Solicitante*			
6. Solicitante*			
7. Solicitante*			
8. Solicitante*			
9. Solicitante*			
10. Solicitante*			

*Si no cuenta con él, indicar fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) y género (M/F)

Si algún solicitante habita en un domicilio diferente al Titular, indicarlo en el formato **AI-458 Anexo Flex Plus® Domicilio.

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

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



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 (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

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", en cuyo caso, me serán entregadas por medio del agente.

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.



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de Seguro Gastos Médicos Flex Plus®

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, 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? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo.

¿Es usted quien pagará la prima? ☐ Sí ☐ No

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

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud para evaluar mi solicitud del seguro, en su caso, emitir mi póliza, y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del Contrato de seguro y demás finalidades previstas en el Aviso de privacidad integral que puedo consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de privacidad". Asimismo, autorizo que dichos datos sean transferidos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente. La firma de este documento servirá como manifestación expresa de dicha autorización.

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de AXA en axa.mx, el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de AXA; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como el medio para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, incluyendo el derecho a oponerme al tratamiento para finalidades secundarias mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral.

Manifiesto que se puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página axa.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

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



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

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

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 escríbanos 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.

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 06 de diciembre de 2024, con el número CNSF-S0048-0427-2024/CONDUSEF-006662-01

AI - 305 • FEBRERO 2025



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)
1º					
2º					
3º					

*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, 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:

a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Compañía.

b) Por rechazo bancario.

c) Cancelación de 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

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".

Marcar la siguiente casilla, solo si el Contratante es una persona distinta al Solicitante.

☐ Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales bancarios para el cobro de la prima y las finalidades mencionadas.

AI - 305 • FEBRERO 2025