



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Nota importante: para cualquier cambio, es necesario que consultes con tu agente los procesos vigentes de selección y emisión.

Información de la Póliza					
Número de Póliza	Fecha de solicitud	Día	Mes	Año	Folio Pegaso
Nombre del Asegurado Titular					
Nombre del Contratante					
Cancelación de la Póliza					
Número de Póliza	A partir de qué fecha se cancela	Día	Mes	Año	
Motivo de la cancelación					
Cambios en datos de la Póliza					
Contratante	Dice		Debe decir		
Nombre					
Parentesco con el Asegurado Titular					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					
Asegurado titular	Dice		Debe decir		
Nombre					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					

AL-333-JUNIO 2021



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Otros Asegurados (dependientes)	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno del Asegurado (obligatorio)	Dice	Debe decir
Nombre			
Parentesco con el Asegurado Titular			
Fecha de nacimiento			
Sexo			
Otro (especificar)			

Altas de Asegurados

Solicitante 1

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Parentesco con el Asegurado Titular		
RFC (con homoclave)		CURP		Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	Día	Mes	Año	Nacionalidad
Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?		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		

Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera

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



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Altas de Asegurados									
Solicitante 2									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el Asegurado Titular			
RFC (con homoclave)				CURP				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Nacionalidad			
Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?				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		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en país de origen				No. exterior		No. interior		Código postal	
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono			
Altas de Asegurados									
Solicitante 3									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el Asegurado Titular			
RFC (con homoclave)				CURP				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Nacionalidad			
Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?				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		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en país de origen				No. exterior		No. interior		Código postal	
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono			



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Bajas de Asegurados											
Asegurado 1											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno											
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento		Día Mes Año		Parentesco con el Asegurado Titular					
Asegurado 2											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno											
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento		Día Mes Año		Parentesco con el Asegurado Titular					
Asegurado 3											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno											
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento		Día Mes Año		Parentesco con el Asegurado Titular					
Cambio de Contratante											
Nuevo Contratante											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno											
RFC (con homoclave)				CURP				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)					
Nacionalidad				Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?				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											
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)											
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera											
Domicilio en país de origen						No. exterior		No. interior		Código postal	
Calle											
Población o ciudad			Estado			País			Teléfono		



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Reasignación de Asegurado Titular (entre los mismos Asegurados de la Póliza)

Nuevo Asegurado Titular

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

RFC (con homoclave)

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Correo electrónico

Domicilio

Calle

No. exterior

No. interior

Colonia

Código postal

Alcaldía o municipio

Población o ciudad

Estado

Tel. particular

Tel. oficina

Tel. celular

Para personas morales

Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)

Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera

Domicilio en país de origen

Calle

No. exterior

No. interior

Colonia

Código postal

Población o ciudad

Estado

País

Teléfono

Reasignación de parentesco de los Asegurados de la Póliza por cambio de Asegurado Titular

Asegurado	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco con el nuevo Asegurado Titular
1		
2		
3		
4		
5		

Nota importante

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

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

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que, en 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. La documentación contractual que integra este formato está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Nota importante (continuación)

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 conozca(n) o deba(n) 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 importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del integrante o, en su caso, del beneficiario, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Firma del Contratante o Asegurado Titular	Firma del agente	Firma del nuevo Contratante (en caso de nuevo Contratante se requiere la firma adicional del Contratante anterior)	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en 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-S0048-15-24 con fecha del 22 de octubre 2014.