



Requisitos de emisión y movimientos Flex Plus®



Póliza nueva



1. En todos los casos se deberá entregar la documentación necesaria debidamente requisitada y firmada.
2. Copia de identificación oficial vigente del contratante o titular.

Movimiento	Tipo	Documentación adicional necesaria	Selección de riesgos	Por endoso	Reexpedición
Póliza nueva	Contratación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de seguros gastos médicos (AI-305) debidamente requisitada y firmada (Autógrafa o Digital FDA). 2. Documentación de contratante: <ul style="list-style-type: none"> Persona física <ul style="list-style-type: none"> • Copia de identificación oficial vigente del contratante (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla). • Copia del comprobante de domicilio actual del contratante no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono). • En caso de ser extranjero se deberá anexar el documento que acredite su legal estancia en el país (FM3). Persona moral <ul style="list-style-type: none"> • Copia de acta constitutiva. • Constancia RFC • Copia de identificación oficial (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla) del representante legal. • Poderes de los representantes legales, en caso de que estos no estén en el acta constitutiva. 3. En caso de ser un Recién Nacido, deberá de entregar un informe del pediatra con antecedentes patológicos y estado general de salud no mayor a 30 días. 	✓		✓
Continuidad Garantizada	Contratación	<p>Con documentación de Póliza Nueva</p> <p>Cobertura que se otorga solo para asegurados que se separan de un Colectivo Auténtico de AXA y conforme a la tabla de equivalencias.</p> <p>Alguno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja del IMSS. • Finiquito de la empresa donde laboraba. • Acta constitutiva en donde se indica que el asegurado era socio de la empresa. • Para instituciones: carta del contratante membretada y firmada indicando la separación del asegurado de la Institución y su baja de la Póliza Colectiva. • Para los cónyuges divorciados: acta de divorcio o documento que acredite la disolución. 	X		✓
	Baja	<ul style="list-style-type: none"> • No aplica la baja de esta cobertura. Solicitar la baja implica cancelar la póliza, renunciar a la continuidad de pagos y someterse al proceso de póliza nueva con selección de riesgos como un asegurado nuevo. 	✓		✓

Requisitos de emisión y movimientos Flex Plus®



Cambios administrativos



1. En todos los casos se deberá entregar la documentación necesaria debidamente requisitada y firmada.
2. Copia de identificación oficial vigente del contratante o titular.

Movimiento	Tipo	Documentación adicional necesaria	Selección de riesgos	Por endoso	Reexpedición
Reducción de periodos de espera (Reconocimiento de antigüedad)	Cambio	<p>Pólizas de otras compañías Alguno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carátula de póliza Individual y último recibo pagado, no mayor a 30 días. • Carta de Recursos Humanos membretada y firmada de la empresa donde laboraba, indicando la vigencia del Asegurado en la póliza del seguro, no mayor a 30 días. • Carta de asegurabilidad emitida por la Compañía donde se encuentra asegurado (No se aceptan cartas firmadas por brokers o agentes de venta), no mayor a 30 días. • Además, para ISES: Certificado donde indiquen que cuenta con la cobertura de GMM (hospitalización) (No se aceptan cartas firmadas por brokers o agentes de venta). <p>Todos los documentos deberán incluir los siguientes datos por cada asegurado: nombre, vigencia de la póliza, fecha de antigüedad, fecha de alta.</p> <p>Póliza de AXA Indicar número de póliza y fechas en el apartado Reconocimiento de Antigüedad de la solicitud de seguros gastos médicos Flex Plus (AI-305). En la solicitud AI-305 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. Nota: recuerda que solo cuentas con 30 días naturales posteriores de la baja del asegurado de la póliza para realizar el trámite.</p>	✓		✓
Alta de recién nacido siempre que cumpla: madre con 10 meses de antigüedad en axa individual y alta dentro de los primeros 30 días de nacido. Nota: aplica también para pólizas con continuidad garantizada.	Alta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). 2. Copia de la hoja de alumbramiento emitida por el hospital o clínica donde se atendió el parto o acta de nacimiento. 	X	✓	
Alta de recién nacido de 0 a 2 años <ol style="list-style-type: none"> 1. La madre cuenta con 10 meses y el alta se solicita fuera de los 30 días de nacido. 2. La madre no cuenta con 10 meses, independientemente de la fecha de alta del menor. 3. La madre y el recién nacido son nuevos asegurado. 	Alta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). 2. Informe del pediatra con antecedentes patológicos y estado general de salud no mayor a 30 días. 3. Cuestionario Médico (AI-332) del recién nacido. 	✓	✓	
Alta de asegurado mayor a 2 años	Alta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). 2. Cuestionario Médico (AI-332). 	✓	✓	
Baja de asegurado	Baja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). En la solicitud AI-333 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Si la baja es por defunción copia del acta de defunción. 	X	✓	✓
Cambio de contratante	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). <p>Documentación de nuevo contratante:</p> <p>Persona física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de identificación oficial vigente del contratante (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla). • Copia de comprobante de domicilio actual del contratante no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono). • En caso de ser extranjero se deberá anexar el documento que acredite su legal estancia en el país (FM3). <p>Persona moral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta constitutiva • Constancia RFC • Copia de identificación oficial (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla) del representante legal • Poderes de los representantes legales, en caso de que estos no estén en el acta constitutiva 	X	✓	
Cambio de datos del contratante (Nombre, RFC, CURP o domicilio) Nota: pólizas pagadas o una vez concluido el ejercicio fiscal no hay cambios.	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333) 2. Copia del documento vigente que acredite el dato que se modifica: Identificación oficial, copia de acta constitutiva o RFC, etc. 3. Para cambio de domicilio, copia del comprobante de domicilio actual no mayor a 3 meses que contenga el dato a modificar (recibo de agua, luz o teléfono) 	X	✓	
Cambio de titular	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). Solo puede realizarse el cambio durante los primeros 30 días de vigencia de la póliza. 	X	✓	
Cambio de datos del titular (Nombre, RFC, CURP o domicilio)	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). Solo puede realizarse el cambio durante los primeros 30 días de vigencia de la póliza. 	X	✓	
Cambio de nombre de los asegurados	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). 2. Copia de identificación oficial vigente o copia de acta de nacimiento. 	✓	✓	
Cambio de fecha de nacimiento de los asegurados	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). En la solicitud AI-333 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Copia de identificación oficial vigente del asegurado o acta de nacimiento 	✓		✓
Cambio de género de los asegurados	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). En la solicitud AI-333 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Copia de identificación oficial vigente del asegurado o acta de nacimiento. 	✓		✓
Cambio de frecuencia o conducto de pago	Cambio	Solicitud de cambio de plan (AI-334). Nota: solo aplica si hay recibos pendientes de pago).	X	✓	
Rehabilitación	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario Médico (AI-332). Consulta a tu funcionario de servicio . 	✓	✓	
Cancelación de póliza	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333). 2. Carta firmada por el contratante solicitando la cancelación de la póliza con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Número de póliza • Nombre del contratante 	X	✓	
Separación de póliza	* Mismas condiciones	Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333) para la baja del asegurado en la póliza original. Indicar Separación de Póliza: Emitir póliza independiente en las mismas condiciones	X		✓
	* Condiciones distintas	Indicar Separación de Póliza: Emitir póliza independiente en las mismas condiciones en caso de incluir <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333) para la baja del asegurado en la póliza original. • Solicitud de cambios de plan (AI-334) con las nuevas condiciones. • Cuestionario Médico (AI-332)* en caso de que la póliza destino mejore condiciones. 	✓		✓
Unificación de póliza en el mismo producto	* Mismas condiciones	Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333) para la baja del asegurado en la póliza original. Indicar Unificación de Póliza: Incluir en póliza XXXX en las mismas condiciones.	X	✓	
	* Condiciones distintas	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de cambios en datos de la póliza (AI-333) para la baja del asegurado en la póliza original, indicar Unificación de Póliza: Incluir en póliza XXXX . • Cuestionario Médico (AI-332)* en caso de que la póliza destino mejore condiciones. 	✓	✓	
Cambio de agente (solo aplica si hay recibos pendientes de pago)	Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud Institucional de cambio de conducto (CA-091-5). 2. Correo electrónico notificando al conducto original. 	X	✓	

Requisitos de emisión y movimientos Flex Plus®



Elegibles

1. En todos los casos se deberá entregar la documentación necesaria debidamente requisitada y firmada.
2. Copia de identificación oficial vigente del contratante o titular.

Movimiento	Tipo	Documentación adicional necesaria	Selección de riesgos	Por endoso	Reexpedición
Suma asegurada	Mayor	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓		✓
	Menor	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
Deducible (Si se tiene contratado deducible 0 por accidente (DEDO) no es posible cambiar deducible hasta la renovación)	Mayor	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
	Menor	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓		✓
Coaseguro	Mayor	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
	Menor	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓		✓
Periodo de pago de siniestro	Mayor	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓		✓
	Menor	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
Nivel /gama hospitalaria	Mayor	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓		✓
	Menor	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
Tabulador médico	Mayor	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓		✓
	Menor	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓

Requisitos de emisión y movimientos Flex Plus®



Coberturas adicionales



1. En todos los casos se deberá entregar la documentación necesaria debidamente requisitada y firmada.
2. Copia de identificación oficial vigente del contratante o titular.

Movimiento	Tipo	Documentación adicional necesaria	Selección de riesgos	Por endoso	Reexpedición
Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)	Alta	Solicitud de cambios de plan (AI-334)	X	✓	
Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE)	Alta	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓	✓	
Atención Médica en el Extranjero (ATEX)	Alta	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓	✓	
Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)	Alta	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓	✓	
Maternidad Extendida (MATE)	Alta	Solicitud de cambios de plan (AI-334)	X	✓	
Deducible 0 x Accidente (DEDO)	Alta	Solicitud de cambios de plan (AI-334)	X	✓	
Preexistencias (PREE)	Alta	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓	✓	
Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos (CGMM)	Alta	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓	✓	
Cobertura Nacional (CoNa)	Alta	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Cuestionario Médico (AI-332).	✓	✓	
Baja de cualquier Cobertura Adicional (EMER, ECE, ATEX, MFH, MATE, DEDO PREE, CGMM, CoNa)	Baja	Solicitud de cambios de plan (AI-334).	X	✓	
Cliente Distinguido (DIST) solo puede darse de alta o baja en la renovación	Alta	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
Protección Dental Integral (PDI) solo puede darse de alta o baja en la renovación	Alta	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
Servicios de Asistencia en Viaje (SAV) solo puede darse de alta o baja en la renovación	Alta	Solicitud de cambios de plan (AI-334). En la solicitud AI-334 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular.	X		✓
Conversión Garantizada (CGAR)	Contratación de póliza nueva con conversión	1. Solicitud de seguros gastos médicos (AI-305) debidamente requisitada y firmada (autógrafo o digital FDA). En la solicitud AI-305 incluir leyenda: Por el movimiento que solicito estoy de acuerdo con cancelar y expedir mi póliza XXXX con cambio de vigencia, con nombre y firma del Contratante/Titular. 2. Indicar en observaciones motivo de contratación de la cobertura de conversión: • Póliza colectiva de prestación y número de Póliza Colectiva ó • Viaje de estudios ó • Viaje de trabajo	✓		✓
	Alta	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Indicar en observaciones motivo de contratación de la cobertura de conversión: • Póliza colectiva de prestación y número de Póliza Colectiva ó • Viaje de estudios ó • Viaje de trabajo	X	✓	
	Baja (solo durante los primeros 90 días naturales posteriores a la baja del colectivo o regreso del viaje)	1. Solicitud de cambios de plan (AI-334). 2. Alguno de los siguientes documentos: • Baja del IMSS. • Finiquito de la empresa donde laboraba. • Acta constitutiva en donde se indica que el asegurado era socio de la empresa. • Para instituciones: carta contratante membretada y firmada indicando la separación del asegurado de la Institución y su baja de la Póliza Colectiva. • Para los cónyuges divorciados: acta de divorcio. • Documento que acredite la terminación de estudios o trabajo en el extranjero.	X	✓	