



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)					



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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	Día Mes Año	Nacionalidad
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil	Ocupación o profesión
Correo electrónico			
Domicilio Calle			No. exterior No. interior
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 Calle		No. exterior	No. interior Colonia Código postal
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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Nacionalidad			
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Nacionalidad			
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular				
Asegurado 2									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular				
Asegurado 3									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	Día	Mes	Año	Firma Electrónica Avanzada (FIEL)				
Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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		Colonia		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

No. exterior

No. interior

Colonia

Código postal

Calle

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

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.

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.

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.



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

Aviso de Privacidad

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 llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales, incluidos datos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para evaluar su solicitud de seguro, determinar su prima, ofrecerle productos, servicios, en su caso emisión/operación de la póliza; y demás finalidades especificadas en nuestro aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Con la firma de esta solicitud de seguro, usted autoriza a AXA el tratamiento de sus Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados. Si proporciona Datos de terceros, se compromete a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Usted podrá oponerse al tratamiento de sus Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx

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-S0048-0116-2014 con fecha 04 de agosto 2014.