



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						No. exterior	No. interior	
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		No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal		
Calle		No. exterior	No. interior					
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				
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	Colonia	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	Colonia	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	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
-----------------	--------------	--------------

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
--------------------	--------	------	----------



**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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
---------------------	--	---------------------	-----	-----	-----

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
------------------------------------	--	--------------	--------------	---------	---------------

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.