



Datos del Contratante (Es la persona obligada al pago de la prima)				
El nombre completo, el RFC con homoclave y la CURP son datos necesarios para la emisión de las constancias y CFDI para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de estos.				
Declaro bajo protesta de decir verdad que estoy actuando por cuenta propia y que el pago de la Prima se realiza con recursos propios.				
Nombre completo (como aparece en su identificación oficial)				Sexo de nacimiento
RFC con homoclave	CURP	No. de serie FIEL		Estado civil
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)		Nacionalidad(es)	
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Municipio / Alcaldía		Población o ciudad
Estado	Régimen fiscal		Clave de uso	C.P. domicilio fiscal
Tel. celular	Correo electrónico			Actividad
Ingreso anual	Ciudadanía en Estados Unidos de América ☐ Sí ☐ No		Residencia fiscal en el extranjero ☐ Sí, país: ☐ No	
Completar si es residente fiscal en el extranjero o tiene ciudadanía o nacionalidad de Estados Unidos				
Domicilio en el extranjero Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
Población o ciudad		Estado	País	No. de Identificación fiscal (TIN)
Datos del Solicitante Titular (solo si es diferente del Contratante) (Es la persona sobre la que recaen los riesgos amparados en la póliza, si es aceptada la solicitud)				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		CURP		Sexo de nacimiento
Relación con el contratante	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)		
Nacionalidad(es)	País de domicilio	Tel. celular	Correo electrónico	
Datos del Solicitante ☐ Mancomunado / ☐ Conyugal / ☐ Menor				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		CURP		Sexo de nacimiento
Relación con el contratante	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)		
Nacionalidad(es)	País de domicilio	Tel. celular	Correo electrónico	
Plan solicitado (Confirmar características aplicables a cada producto)				
Producto	Plazo	Plazo de pago	Moneda	Incrementos de Suma Asegurada ☐ Sí ☐ No
Frecuencia de pago	Forma de pago	Aportación adicional / Prima excedente (frecuencia igual a la prima básica) \$		
Seguros con inversión	Fondo	% Básico	% Excedente	
Estrategia de inversión: →	Conservador	%	%	
	Balanceado	%	%	
Riesgo ☐ Normal ☐ Preferente	Crecimiento	%	%	
	Dólares	%	%	
Número de retiros al año	Dinámico MX	%	%	
	Dinámico EUA	%	%	
Monto de retiros al año		%	%	
	Total:	%	%	



Coberturas adicionales		
Cobertura	Suma Asegurada	Especificar
Básica (Titular / Mancomunado)	\$	
Básica (Menor)	\$	
Exención por Invalidez / fallecimiento		☐ BI ☐ ECMI ☐ EFI
Pago Adicional por Invalidez	\$	
Cobertura Conyugal	\$	
Muerte Accidental	\$	☐ DI, ☐ DIPO, ☐ DIPOC
Cáncer	\$	☐ IAC, ☐ CdC (Universales)
Pago Adicional por Enfermedades Graves	\$	
Desempleo (Protección Continua / Exención)		
Gastos Funerarios	\$	

Designación de Beneficiarios						
	Solicitante	Beneficiario: nombre completo (como aparece en su identificación oficial)	Fecha de nacimiento	CURP	Parentesco	% Participación
1.						
2.						
3.						
4.						

Domicilio de los Beneficiarios (solo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante Titular)	
No. de Beneficiario	Domicilio

Información adicional:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cuestionarios. (Responder para cada solicitante. Si requiere ampliar la información, agregarla en hoja anexa)

Otros seguros de Vida (En Suma Asegurada, indique la moneda)					
Solicitante	Aseguradora	Suma Asegurada	Solicitante	Aseguradora	Suma Asegurada
Titular					

Ocupación (Explicar detalladamente la actividad y lugar de trabajo)					
Solicitante	Profesión, actividad u oficio	Nombre y giro de la empresa de trabajo	Descripción de la actividad, puesto y lugar de trabajo (oficina, fábrica, taller, otro)	Material y/o equipo de trabajo	Ingreso anual
Titular					

Actividades de alto riesgo

¿Participa o está expuesto a actividades de alto riesgo que pueden comprometer su seguridad, ya sea en su entorno laboral, en su vida cotidiana, en la práctica de deportes extremos o en el uso de aeronaves no comerciales? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es afirmativa, especifique la actividad y la exposición al riesgo como trabajos en alturas, manejo de materiales o herramientas peligrosas, deportes extremos o de aventura, vuelos en aeronaves no comerciales o militares, etc. **Adicional responda y firme el cuestionario específico según su(s) actividad(es) y anexe a la solicitud.**

Solicitante	Especifique



Hábitos						
Actualmente o en el pasado, fuma, consume alcohol o usa drogas o estimulantes. ☐ Sí ☐ No						
Si responde afirmativamente, especifique cada uno de sus hábitos						
Solicitante	Hábito ¹	Tipo ²	Cantidad	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de fin ³
¹ Fuma, alcohol, o droga ² Tipo de producto con tabaco y nicotina (cigarro, puro, vapeador), tipo de alcohol (cerveza, vino, ron,etc), tipo de droga (marihuana, cocaína, etc) ³ Solo si dejó el hábito de forma permanente						
Cuestionario Médico (este cuestionario deberá ser contestado totalmente por cada una de las personas que solicitan cobertura de Vida Individual).						
Titular	Estatura: m	Peso: Kg		Estatura: m	Peso: Kg	
¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?						SíNo
1. Cardiovasculares o respiratorias (corazón, hipertensión arterial, problemas de circulación, vías respiratorias, bronquios, pulmones)						☐☐
2. Digestivas (esófago, estómago, intestinos, colon, recto, hígado, páncreas, bazo, vías biliares)						☐☐
3. Genitourinarias (riñón, vejiga, próstata, otros)						☐☐
4. Del sistema nervioso, cerebrales y salud mental (esquizofrenia, ansiedad, depresión, otras)						☐☐
5. Musculoesqueléticas (articulaciones, columna vertebral, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, ausencia de algún miembro, otras)						☐☐
6. Cáncer o algún tumor (incluyendo leucemias y linfomas)						☐☐
7. Enfermedades de los ojos u oídos						☐☐
8. Otras condiciones (diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, hepatitis, lupus, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus del papiloma humano (VPH), sífilis, otras)						☐☐
9. Ginecológicos (ovarios, útero o senos, embarazo actual)						☐☐
10. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente, o está recibiendo actualmente tratamiento médico, rehabilitación o terapia por alguna enfermedad, lesión, afección o recientemente realizado alguna prueba médica (análisis de sangre, radiografías, ultrasonidos, resonancias magnéticas o biopsias) o tiene programada alguna cirugía u hospitalización?						☐☐
Si contestó afirmativamente, ampliar la información e indicar nombre de la institución donde se realizó el tratamiento o servicio médico.						
No. de pregunta	Solicitante	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos.	No. de veces que las ha sufrido	Fecha (última vez en caso de ser varias)	Estado actual	
Historia familiar						
¿En alguno de los solicitantes, sus padres biológicos, o alguna hermana o hermano, han sido diagnosticados antes de los 65 años de: cáncer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad de Huntington, enfermedad mental o cualquier otra afección hereditaria? ☐ Sí ☐ No						
Solicitante	Parentesco	Detallar enfermedad				



Artículo 492. Esta sección deberá ser llenada por el Contratante

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el Segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, 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

Notas importantes

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, la oferta concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Solicitante/ Contratante:

Los hechos importantes para la apreciación del riesgo, a que se refiere esta solicitud, son declarados como los conozco o debo conocer. La omisión, inexacta o falsa declaración puede provocar la pérdida del derecho de los Asegurados o sus Beneficiarios. Las personas asegurables están dispuestas a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si es necesario.

La Compañía tratará mis datos personales, incluyendo los datos patrimoniales y sensibles para evaluar esta solicitud; en su caso, emitir la póliza; todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada o que se vaya a celebrar y, demás finalidades previstas en el Aviso de Privacidad Integral que puedo consultar en axa.mx, sección Aviso de Privacidad. Al haber proporcionado información personal de otros titulares, haré de su conocimiento que proporcioné sus datos personales a la Compañía, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral. El ejercicio de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición) al tratamiento de datos personales, está sujeto al procedimiento establecido en el Aviso de Privacidad.

AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, así como tratados internacionales de los que México sea parte, revelar a las autoridades fiscales y/o gubernamentales de México y/o del país de origen del Cliente, la identidad de este y determinada información concerniente a la Póliza, contrato o producto objeto de este formulario de solicitud.

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

Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles axa.mx y el portal Recas de Condusef. Autorizo la entrega de documentación contractual al correo electrónico declarado en "Datos del Contratante" de esta solicitud; salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción No (), en cuyo caso, deseo me sea entregada a través del agente o intermediario.

Agente o intermediario:

Expliqué ampliamente al solicitante el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptado el riesgo por la Compañía y la forma de dar por terminada su cobertura, entregando un ejemplar de las Condiciones Generales del producto.

Con la firma del presente, 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 la Compañía. He cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

La Unidad Especializada de la Compañía se ubica en la dirección indicada al pie de página. Tel. 800 737 76 63 y desde la Cd. de México 55 5169 2746 de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas o escribanos a axasoluciones@axa.com.mx. Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México C.P 03100 - Tel. (55) 5340 0999 y (800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx.

Lugar y fecha:			
Firma del Contratante	Firma del Solicitante titular	Firma del Solicitante mancomunado / conyugal / padre, madre o tutor	Firma del Agente



Cargo automático

Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques

Datos del Contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

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 y/o Master Card, American Express o mi cuenta de cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la póliza contratada. Dichos montos deberán ser aplicados al instrumento bancario que a continuación señalo:

Banco	Cargo*	Cuenta Clabe débito o cuenta de cheques	No. plástico tokenizado	Vencimiento mm/aa

*Cargo: c=tarjeta de crédito, ch=cuenta de cheques, d=débito

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. 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 la 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	Firma del agente	Lugar y fecha

Para uso exclusivo del agente

	No. de agente	Nombre del agente	Part. Com.	No. de promotor	C. de contribución	Part. Prod
1.			%			%
2.			%			%

Comisiones: ☐ Decrecientes ☐ Niveladas / Seminiveladas

Agrupador	Correo electrónico para notificaciones	Teléfono celular
Observaciones		Firma del agente

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual que integra este producto de seguro, quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de agosto de 2026, con el número CGEN-S0048-0036-2026 / G-01827-001.

Abreviaturas:

CURP: Clave única de registro de población C. de Contribución: Centro de contribución BI: Exención de pago de primas por invalidez total y permanente CdC: Cobertura de cáncer ECMI: Exención de costos del seguro por invalidez total y permanente DI: Cobertura adicional de muerte accidental DIPO: Cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas	DIPOC: Cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas colectivas FIEL: Firma Electrónica EFI: Exención de pago de primas por fallecimiento o invalidez IAC: Indemnización por cáncer Part. Com: Porcentaje de participación comisión Part. Prod: Porcentaje de participación producción PPR: Plan Personal de Retiro UDI: Unidades de inversión VPL: Vida Pagos Limitados
---	---