



Datos del Contratante

(Es la persona obligada al pago de la prima)

La denominación o razón social y el RFC con homoclave 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.

Denominación o razón social de la Entidad u Organización

Folio mercantil	No. serie FIEL	Fecha de constitución
RFC con homoclave	Régimen fiscal	Clave de uso
Giro mercantil, actividad u objeto social	País de constitución de la empresa	Ingreso anual / Utilidad anual

Domicilio fiscal

Calle			No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Municipio / Alcaldía	Población o ciudad	Estado
Tel. particular	Correo electrónico			

Nombre completo del apoderado legal (como aparece en su identificación oficial)

¿Existen personas que posean o controlen el 25% o más del capital o derechos de voto de la persona moral contratante? ☐ Sí ☐ No

¿Dichas personas son ciudadanos o residentes para efectos fiscales en el extranjero? ☐ Sí, país: _____ ☐ No

Autocertificación del Contratante

Las disposiciones fiscales establecidas en el artículo 32-B Bis del Código Fiscal de la Federación requieren que las Instituciones Financieras obtengan y, en su caso, reporten cierta información sobre la clasificación y residencia fiscal de las Entidades que contratan seguros de vida con valor en efectivo.

La información contenida en este formulario continuará siendo válida a menos que se produzca un cambio de circunstancias sobre la situación o residencia fiscal del Contratante de la Póliza. En este caso, deberá notificarnos dentro de un período de 90 días cualquier cambio de circunstancias y deberá entregar una nueva autocertificación actualizada.

Con la firma del presente formato el cliente declara que se le hizo entrega de una copia de la presente autocertificación. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros ubicadas en el domicilio indicado al pie de página. Puede consultar otras oficinas de atención en axa.mx

Declaro que la información proporcionada en este formulario es a mi leal saber y entender, correcta y completa. Certifico que tengo la capacidad para firmar por la entidad u organización identificada en este formulario.

Residencia fiscal de la empresa

Indique a continuación el país o países en los cuales la Entidad u Organización tiene las obligaciones fiscales derivadas de su residencia fiscal. Para clientes con residencia fiscal únicamente en México, indique "México" y su Registro Federal de Contribuyentes (RFC). Si la Entidad cuenta con residencia fiscal en el extranjero, indique el país y el Número de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés). En caso de que el TIN no esté disponible, indique el motivo correspondiente:

- A. El país en el que tengo obligación de pago de impuestos no emite TIN para sus residentes fiscales.
B. El titular del contrato no puede obtener un TIN. Si se selecciona esta razón, por favor indique en el siguiente cuadro el motivo por el cual no puede obtenerse.



C. El TIN no se requiere. Seleccionar en caso de que la legislación local del país de residencia fiscal registrada no requiera la divulgación del TIN emitido por dicha autoridad.

	País de residencia fiscal	RFC o TIN	Si no cuenta con RFC o TIN indique motivo
1			
2			

Domicilio fiscal en el extranjero (calle, número, localidad, C.P., estado, país)

Si fue seleccionado el motivo B, indique en el siguiente espacio el motivo por el cual no puede obtenerse el TIN

1	
2	

Reporte de Estándar Común (CRS por sus siglas en inglés)

¿La entidad es una institución del sector financiero mexicano? (banco, casa de bolsa, aseguradora, etc.) ☐ Sí, responda I.
☐ No, responda II.

I. ¿Es una entidad de inversión administrada por otra institución financiera? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo deberá llenar el Formato de Accionistas Personas Morales.

II. Seleccione el tipo de entidad no financiera:

- ☐ Entidad gubernamental, organismo internacional o Banco Central.
☐ Entidad cuyas acciones se negocian regularmente en un mercado de valores establecido o una Entidad relacionada con dicha corporación.
Nombre del mercado de valores _____. Nombre de la parte relacionada _____.
☐ Entidad con menos de 24 meses de haber sido constituida.
☐ Otra Entidad no Financiera activa.
☐ Entidad no Financiera pasiva (deberá llenar el Formato de Accionistas Persona Moral).

Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA por sus siglas en inglés)

¿El contratante es una Entidad de los Estados Unidos de América (E.U.A.)? ☐ Sí, responda III.
☐ No, responda IV.

III. De acuerdo con FATCA, "Persona Específica" es aquella Entidad constituida bajo las leyes de E.U.A.

¿El contratante es una Persona Específica? ☐ Sí ☐ No

IV. Seleccione el tipo de entidad

- ☐ Financiera Participante (proporcione su GIIN*) ☐ Financiera en jurisdicción con IGA modelo 1
☐ Financiera no sujeta a reportar ☐ Financiera en jurisdicción con IGA modelo 2
☐ Financiera no participante ☐ Beneficiario efectivo exento

Financiera cumplida:

- ☐ Fideicomiso,
☐ Vehículo de inversión,
☐ Entidad Financiera cumplida registrada, proporcione su GIIN* _____,
☐ Otra Entidad Financiera
☐ No Financiera que reporta de manera directa, proporcione su GIIN* _____
☐ No Financiera patrocinada que reporta de manera directa, proporcione su GIIN* _____
☐ Entidad con menos de 24 meses de haber sido constituida
☐ Otra Entidad no Financiera activa
☐ No Financiera pasiva (deberá llenar el Formato de Autocertificación de Accionistas Personas Morales)



Datos del Solicitante Titular (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 responde 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

¹Fuma, alcohol, o droga

²Tipo de producto con tabaco y nicotina (cigarro, puro, vapeador), tipo de alcohol (cerveza, vino, ron, etc), tipo de droga (marihuana, cocaína, etc)

³Solo 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?								
1. Cardiovasculares o respiratorias (corazón, hipertensión arterial, problemas de circulación, vías respiratorias, bronquios, pulmones)								☐ Sí ☐ No
2. Digestivas (esófago, estómago, intestinos, colon, recto, hígado, páncreas, bazo, vías biliares)								☐ Sí ☐ No
3. Genitourinarias (riñón, vejiga, próstata, otros)								☐ Sí ☐ No



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:

Explicué 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	GIIN: Siglas en inglés para Número de Identificación de Intermediario Global IGA: Siglas en inglés para Intergovernmental Agreement que hace referencia a acuerdo entre los EUA y un gobierno extranjero 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
---	--