

Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios de plan

Nota importante: Para cualquier cambio es necesario que consultes con tu agente los procesos de selección y emisión vigentes.

Información de la póliza						
Número de póliza		Fecha de solicitud			Folio Pegaso	
		Día	Mes	Año		
Datos del contratante						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						
R.F.C.			Número de agente			
Domicilio						
Calle						
No. exterior		No. Interior		Colonia		
				Código postal		
Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado		
Datos del asegurado titular						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						
Domicilio (llenar en caso de ser diferente al contratante)						
Calle				No. exterior		
				No. interior		
Colonia		Código postal		Delegación o municipio		
				Población o ciudad		
				Estado		
Observaciones						
Cambio de producto						
<input type="checkbox"/> Flex Plus			<input type="checkbox"/> Especial Sureste			
<input type="checkbox"/> Plus			<input type="checkbox"/> Internacional			
<input type="checkbox"/> Multiprotección			<input type="checkbox"/> Otro _____			
Cambio en condiciones de la póliza						
Cambio de suma asegurada						
Flex Plus			MTY 90 y HMO 90			
<input type="checkbox"/> a \$5,000,000 pesos			<input type="checkbox"/> a \$500,000 pesos			
<input type="checkbox"/> a \$20,000,000 pesos			<input type="checkbox"/> a \$1,000,000 pesos			
<input type="checkbox"/> a \$100,000,000 pesos			<input type="checkbox"/> a \$2,000,000 pesos			
			<input type="checkbox"/> a \$100,000,000 pesos			
Cambio de deducible						
Flex Plus	Plus y Multiprotección	Internacional	MTY 90 Y HMO 90	Plus MII		
<input type="checkbox"/> a \$7,000 pesos	<input type="checkbox"/> a \$8,000 pesos	Nacional - Extranjero	<input type="checkbox"/> a \$8,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 500 usd		
<input type="checkbox"/> a \$10,000 pesos	<input type="checkbox"/> a \$10,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 500 usd -1,500 usd	<input type="checkbox"/> a \$15,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 1,000 usd		
<input type="checkbox"/> a \$15,000 pesos	<input type="checkbox"/> a \$15,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 1,000 usd - 2,500 usd	<input type="checkbox"/> a \$20,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 3,000 usd		
<input type="checkbox"/> a \$30,000 pesos	<input type="checkbox"/> a \$20,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 2,000 usd - 2,000 usd	<input type="checkbox"/> a \$25,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 5,000 usd		
<input type="checkbox"/> a \$50,000 pesos	<input type="checkbox"/> a \$25,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 3,000 usd - 3,000 usd	<input type="checkbox"/> a \$50,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 10,000 usd		
<input type="checkbox"/> a \$100,000 pesos	<input type="checkbox"/> a \$30,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 5,000 usd - 5,000 usd	<input type="checkbox"/> a \$75,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 20,000 usd		
	<input type="checkbox"/> a \$35,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 10,000 usd - 10,000 usd	<input type="checkbox"/> a \$100,000 pesos			
	<input type="checkbox"/> a \$50,000 pesos	<input type="checkbox"/> a 20,000 usd - 20,000 usd				
	<input type="checkbox"/> a \$75,000 pesos					
	<input type="checkbox"/> a \$100,000 pesos					

Cambio de coaseguro	
Flex Plus	Plus
<input type="checkbox"/> a 5%	<input type="checkbox"/> a 5% <input type="checkbox"/> a 20%
<input type="checkbox"/> a 10%	<input type="checkbox"/> a 10% <input type="checkbox"/> a 25%
<input type="checkbox"/> a 20%	<input type="checkbox"/> a 15%
<input type="checkbox"/> a 30%	

Cambio de nivel/gama hospitalaria			
Flex Plus	Plus y Multiprotección	Especial Sureste	Salud 15
<input type="checkbox"/> a Diamante	<input type="checkbox"/> a 360	<input type="checkbox"/> a 360	<input type="checkbox"/> a 360
<input type="checkbox"/> a Esmeralda	<input type="checkbox"/> a 270	<input type="checkbox"/> a 270	<input type="checkbox"/> a 180*
<input type="checkbox"/> a Zafiro	<input type="checkbox"/> a 180		*Aplica sólo para pólizas en el interior de la República Mexicana.
	<input type="checkbox"/> a 90		
	<input type="checkbox"/> a 45		

Cambio de tabulador médico	
Flex Plus	Otros productos
<input type="checkbox"/> a Roble	No aplica
<input type="checkbox"/> a Caoba	
<input type="checkbox"/> a Cedro	
<input type="checkbox"/> a Fresno	
<input type="checkbox"/> a Olivo	

Cambio en coberturas adicionales con costo

A= Alta, B= Baja

Flex Plus	A B		Plus, Multiprotección y Especial Sureste	Internacional y Plus MII	Salud 15	MTY 90	HMO 90	Tradicional
			A B	A B	A B	A B	A B	A B
Medicamentos Fuera del Hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cobertura de Atención Médica en el Extranjero. Algún asegurado viajará al extranjero por motivo de estudios, por más de 3 meses o hasta 12 meses Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maternidad Extendida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$45,000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extensión de Cobertura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Preexistencias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos, con incrementos de 5% en un rango desde 5% y hasta 200% _____%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica	No aplica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Deducible 0 x Accidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paquete de Beneficios Adicionales*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cobertura Nacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tradicional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

Flex Plus	A B	Plus, Multiprotección y Especial Sureste	Internacional y Plus MII	Salud 15	MTY 90	HMO 90	Tradicional
		A B	A B	A B	A B	A B	A B
Emergencia en el Extranjero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Elite Deducible: <input type="checkbox"/> 1,500 USD <input type="checkbox"/> 3,500 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Enfermedades Cubiertas en el Extranjero							
Atención en el Extranjero		Protección Dental Integral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protección Dental Integral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Programa Cliente Especial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica	No aplica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servicios de Asistencia en Viajes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cobertura de Vida en Vida* (Suma asegurada):					
Cliente Distinguido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(desde \$50,000 y hasta \$200,000) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyugue <input type="checkbox"/> Titular y dependientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conversión Garantizada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$750,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000 No. de póliza Colectiva AXA**		Cobertura de Dinero en Efectivo. Renta: <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 Con periodo de espera: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asegurados: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyugue <input type="checkbox"/> Titular y dependientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

***Beneficiarios** (aplica únicamente para las coberturas de Paquete de Beneficios Adicionales, Vida en Vida y Deducible O x Accidente + Muerte Accidental)

ADVERTENCIA: En 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 deben designar 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría 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. En los beneficiarios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

Nombre de la cobertura	Nombre del asegurado (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Nombre del beneficiario (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Parentesco con el asegurado	% de participación

Cambio de forma de pago

Frecuencia de pago:	Conducto de pago:
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* * Se recomienda por cargo automático.	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito

Cambio de instrumento de pago**Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques****Datos del contratante** (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)**Datos del tarjetahabiente** (sólo en caso de ser diferentes al contratante)
(nombre(s), apellido paterno, apellido materno)**Relación con el contratante**

Los montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece.

Banco	Cargo*	No. clabe (débito o cuenta de cheques)	No. plástico (crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°					
3°					

***Cargo a:** **d** = tarjeta **d**ébito, **c** = tarjeta **c**rédito, **ch** = cuenta de **ch**eques.

Por medio de la presente autorizo a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** 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, Master Card y/o American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **Banco de México** en el Diario Oficial de la Federación 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.

Asimismo, 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 Póliza.

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

Nota importante

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las condiciones generales me sean entregadas en forma digital o electrónica, o bien a través del portal axa.mx, sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la compañía, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535 piso 27, Colonia Del Valle, Código Postal 03100, Delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. La documentación contractual que integra este formato, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 conozca(n) o deba(n) 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 importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Firma del contratante o asegurado titular	Firma del agente	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de 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-S0048-0108-2014 de fecha de 04 de julio 2014.