



SOLICITUD DE SEGUROS/GASTOS MÉDICOS

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA									
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación		No. de Póliza Anterior		Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		Fecha de Solicitud Día Mes Año			
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* *Sólo cargo automático					Conducto de Pago <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático				
Vigencia Desde las 12 hrs.			Día Mes Año		Hasta las 12 hrs.		Día Mes Año		

CONTRATANTE (SÓLO SI ES DIFERENTE AL SOLICITANTE)									
Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social									
RFC			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		Edad	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión Libre		
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad						Correo Electrónico			
Domicilio Calle							No. Exterior	No. Interior	
Colonia							Delegación o Municipio		
Población o Ciudad		Estado		Código Postal		Tel. particular	Tel. oficina	Tel. celular	
Deseo recibir información actualizada sobre mi producto u otras promociones por correo electrónico o alertas en mi celular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

SOLICITANTE									
Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social									
RFC			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		Edad	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión Libre		
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad						Correo Electrónico			
Domicilio Calle							No. Exterior	No. Interior	
Colonia							Delegación o Municipio		
Población o Ciudad		Estado		Código Postal		Tel. particular	Tel. oficina	Tel. celular	

OTROS SEGUROS									
Aseguradora						Suma Asegurada			

DATOS DEL AGENTE (ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA)						
	No. de Agente	Nombre del Agente	Comisión	No. Promotor	C. de Contribución	Producción
Agente 1			%			%
Agente 2			%			%

FAMILIA ASEGURADA. EN CASO DE PÓLIZAS FAMILIARES DETALLE LOS MIEMBROS SOLICITANTES.							
No. Solicitante	Nombre Completo (Nombre (s) - Apellido paterno - materno)	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el titular
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular							
2. Cónyuge/Concubino							
3. Dependiente							
4. Dependiente							
5. Dependiente							
6. Dependiente							

PAGO PREFERENTE NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO O RAZÓN SOCIAL**BENEFICIARIOS**

(SÓLO EN CASO DE CONTRATAR: ACCIDENTES PERSONALES FAMILIAR, DEDUCIBLE O X ACCIDENTE + MUERTE ACCIDENTAL, Y PAQUETE DE BENEFICIOS ADICIONALES)

ADVERTENCIA: En caso de que 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 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 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 beneficios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto en contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

Asegurado	Cobertura	Nombre(s) – Apellido paterno – Apellido materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de Participación

COBERTURAS

Productos de AXA Seguros, S.A de C.V	Nivel Hospitalario					Suma Asegurada	Deducible			Coaseguro %
	360	270	180	90	45					
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin Límite	\$		MN	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Multiprotección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin Límite	\$		MN	10 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Plus Mil						1,000,000 USD	<input type="checkbox"/> 500 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD	<input type="checkbox"/> 1,000 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> 3,000 USD <input type="checkbox"/> 20,000 USD	10 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Especial Sureste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Sin Límite	\$		MN	30 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos MTY 90						<input type="checkbox"/> \$ 500,000 <input type="checkbox"/> \$ 1,000,000 <input type="checkbox"/> \$ 2,000,000 <input type="checkbox"/> Sin Límite	<input type="checkbox"/> \$ 5,000 <input type="checkbox"/> \$ 15,000	<input type="checkbox"/> \$ 10,000 <input type="checkbox"/> \$ 20,000		30 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos HMO 90						<input type="checkbox"/> \$ 500,000 <input type="checkbox"/> \$ 1,000,000 <input type="checkbox"/> \$ 2,000,000 <input type="checkbox"/> Sin Límite	<input type="checkbox"/> \$ 4,000 <input type="checkbox"/> \$ 15,000	<input type="checkbox"/> \$ 5,000 <input type="checkbox"/> \$ 20,000	<input type="checkbox"/> \$ 10,000	30 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Internacional						1,000,000 USD	<input type="checkbox"/> 5,000 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD	<input type="checkbox"/> 1,000 USD <input type="checkbox"/> 2,500 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> 3,000 USD <input type="checkbox"/> 3,000 USD <input type="checkbox"/> 20,000 USD <input type="checkbox"/> 20,000 USD	10 %
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales Familiar	Suma Asegurada: \$								MN	

COBERTURAS ADICIONALES

<input type="checkbox"/> Programa Cliente Especial	Suma Asegurada para Enfermedades Catastróficas: 1,000,000 USD		
<input type="checkbox"/> CAME	<input type="checkbox"/> Cobertura Elite	Suma Asegurada: 1,000,000 USD	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"/> Cobertura Tradicional	<input type="checkbox"/> Cobertura Dinero en Efectivo		<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional de Vida en Vida
<input type="checkbox"/> Deducible O x Accidente + Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> Con Período de Espera <input type="checkbox"/> Sin Período de Espera		<input type="checkbox"/> Titular
<input type="checkbox"/> Paquete de Beneficios Adicionales	Renta: <input type="checkbox"/> \$ 500.00 <input type="checkbox"/> \$ 1,000.00 <input type="checkbox"/> \$ 1,500.00 Otro \$ _____		<input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura	Asegurados: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y Dependientes		<input type="checkbox"/> Titular y Dependientes
<input type="checkbox"/> _____ % Inc. Tabla de Proc. Terapéuticos			Suma Asegurada: \$ _____

Productos de AXA Salud, S.A de C.V Gastos Médicos Multiprotección. El Nivel Hospitalario es igual al suscrito en Seguros.

ESTILO DE VIDA

OCUPACIÓN

Solicitante	Descripción	Empresa / Giro	Ingresos Anuales	Lugar de Trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)	Horario: Diurno/ Nocturno/Mixto		
1. Titular			\$		D	N	M
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			\$		D	N	M
3. Dependiente / Menor			\$		D	N	M
4. Dependiente			\$		D	N	M
5. Dependiente			\$		D	N	M
6. Dependiente			\$		D	N	M

Detalle brevemente sus actividades _____

RIESGOS DE OCUPACIÓN

Por el desempeño de su ocupación laboral	¿Quién(es)?	Especifique
¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, altura, alto voltaje, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

DEPORTES, AFICIONES Y AVIACIÓN (SÓLO AP)

¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Desea cubrir el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Nota: Si desea cubrir el riesgo, anexe a esta solicitud el cuestionario correspondiente.

GENERAL DE HÁBITOS

Solicitante	Estatura (mts)	Peso (kg)	¿Fuma? Sí No	¿Desde cuándo? (mes / año)	Frecuencia y cantidad en cigarrillos	¿Ha hecho o hace uso de bebidas alcohólicas? Sí No	Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y cantidad en copas	¿Ha hecho o hace uso de drogas y/o estimulantes? Sí No	Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y Cantidad
1. Titular			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3. Dependiente / Menor			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4. Dependiente			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5. Dependiente			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. Dependiente			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

HISTORIAL MÉDICO

<p>1. ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon recto, vías biliares, hígado páncreas, bazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Endócrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Transmisibles: hepatitis, S.I.D.A., V.P.H., sífilis o cualquier otra?.....Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿De los ojos o de los oídos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Mujeres (mayores de 16 años)</p> <p>15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias?Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Está embarazada y ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?.....Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Preexistencia declarada</p> <p>18. ¿Desea considerar algún(os) padecimiento(s) bajo el concepto de preexistencia declarada?Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
---	--

CARGO AUTOMÁTICO					
CARTA AUTORIZACIÓN PARA CARGO AUTOMÁTICO EN TARJETA DE CRÉDITO, DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES.					
Nombre del Contratante. (Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno)					
Datos del Tarjetahabiente (sólo en caso de ser diferente al Contratante) Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno				Relación con el Contratante	
Dichos 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. de Plástico (Crédito o sólo Débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1°					
2°					
3°					
* Cargo a: D = Tarjeta Débito, C = Tarjeta Crédito, Ch = Cuenta de Cheques.					
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, 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 AXA Seguros, S.A. de C.V. 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 Aseguradora.					
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 Aseguradora, 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 al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.					
FIRMA DEL TARJETAHABIENTE		FIRMA DEL AGENTE		LUGAR Y FECHA	

Folio Pegaso (1)	Art. 140. (LGISMS)		Folio Pegaso (2)	
	Exclusivo para personas físicas. 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	En caso afirmativo: Describa el puesto	Tiempo o periodo		Parentesco o vínculo
	¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Especifique:			
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación:			
Si el contratante es persona moral o persona física con representante legal o la prima es igual o mayor a 10,000 dólares, favor de llenar formato único clave GA-082.		Firma		