

ACCIDENTES PERSONALES E INDEMNIZATORIOS

Coberturas principales

Accidentes Personales cuentan con opciones de cobertura de acuerdo al tipo de clientes y a sus necesidades.



Muerte Accidental

Indemniza al beneficiario por el fallecimiento derivado de un accidente (aplica para asegurados entre 12 y 69 años).



Gastos Funerarios

Cubre los gastos derivados del fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente (aplica para asegurados entre 1 y 11 años).



Pérdidas Orgánicas

En caso de sufrir uno o más eventos que resultaran en varias pérdidas de acuerdo con la escala encontrada.

ACCIDENTES PERSONALES ESTUDIANTE

Nuestro seguro diseñado para cubrir a los alumnos, personal docente y administrativo o cualquier persona que labore en la escuela, en caso de un accidente.

Beneficios

- Es un seguro diseñado para cubrir a los alumnos, personal docente y administrativo o cualquier persona que labore en la escuela, en caso de un accidente.**
- Protección a la medida de cada escuela.**
- Nuestros asegurados estarán cubiertos en la transporta de la casa a la escuela y viceversa, durante el horario escolar y en eventos y viajes organizados por la escuela.**
- Brindamos acceso a una amplia gama de hospitales en convenio para la atención de accidentes.**
- Pago directo con proveedores en convenio.**



Coberturas básicas

- **Muerte Accidental**

Indemniza al beneficiario por el fallecimiento derivado de un accidente (aplica para asegurados entre 12 y 69 años).

- **Gastos Funerarios**

Cubre los gastos derivados del fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente (aplica para asegurados entre 1 y 11 años).

Coberturas adicionales

- **Gastos Funerarios por muerte accidental**

Adolescentes y Adultos. Aplica para asegurados entre 12 y 69 años.

- **Gastos médicos por accidente**

Para el pago de esta cobertura el monto total de los gastos debe ser superior al deducible.

- **Pérdidas orgánicas**

En caso de sufrir uno o más eventos que resultaran en varias pérdidas de acuerdo con la escala contratada.

- **Ampliación de cobertura**

Extendemos la protección para eventos y/o actividades organizadas en vacaciones, recesos de clases y suspensión de labores docentes.

Asistencias



Tu médico 24h

Asistencia médica telefónica las 24 horas,
los 365 días.



Protección Dental

Puedes incluir servicios como limpiezas dentales y/o costos preferenciales en servicios dentales más complejos.



Contractor: Nombre o Razón Social del Contratante		Policy No.: Núm. de Póliza	Certificate No. Núm. de Certificado			
Insurance Holder: Nombre del Titular		Relative to Insurance Holder: Nombre del Titular				
Patient's Name: Nombre del paciente		Insured Since: MMDDYYYY Asegurado desde	Gender: <input type="checkbox"/> Male Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Female Femenino			
E-mail: Correo electrónico		Telephone: Teléfono	Occupation: Ocupación			
DOB: Fecha de nacimiento	MM DD YYYY	Address: Dirección				
Claim Cause: Causa	<input type="checkbox"/> Illness Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accident Accidente	<input type="checkbox"/> Pregnancy Embarazo	Type of claim Tipo de reclamación:	<input type="checkbox"/> Initial Inicial	<input type="checkbox"/> Complement Complemento
Have you had other health insurance services for this situation? ¿Usted ha recibido cobertura de gastos médicos de alguna otra compañía por este evento?				<input type="checkbox"/> Yes	Claim #: Siniestro #	Company: Compañía
<input type="checkbox"/> No						
Date of claim: Fecha de reclamación	MM DD YYYY	Date of the first consultation for this event: Fecha primera consulta por esta enfermedad		MM DD YYYY		
Date of the accident or when the first symptoms appeared: Fecha del accidente o de la aparición de los primeros síntomas		MM DD YYYY	Diagnosis: Diagnóstico			
Mention the symptoms that you had: Indique los síntomas que presentó						
If it was an accident, please detail how and where does it happened Si fue un accidente, describa cómo y dónde sucedió						
Authority that had knowledge of this case: Autoridad que tuvo conocimiento del caso						
In case of motor vehicle accident, do you have automobile insurance En caso de accidente automovilístico, ¿tiene seguro de auto?				Insurance's name: Nombre de la aseguradora		
Policy #: Número de póliza		Third party involved insurance's name: Nombre de la aseguradora del tercero involucrado				
Were you hospitalized? ¿Estuve Hospitalizado?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Days #: Número de días:	Hospital's Name: Nombre del Hospital		
Physician's Name: Nombre del Médico tratante				Specialty: Especialidad		
Address: Dirección:		Telephone: Teléfono:		E-mail: Correo electrónico		
<p>Medical Information Release Form: I, _____, give my express to provide to AXA Seguros, S.A. de C.V. or to their authorized representative, to use all my personal and medical information and registration or any information regarding myself, including, but not limited under medical advisory, management or therapeutics granted to me as a patient, as part of the international services of AXA Seguros, S.A. de C.V. I understand that the information and records could be used by AXA Seguros, S.A. de C.V. (or its representative) with the purpose of case management from the insurance company, related to the diseases that I have been treated; this information must include the present condition of the patient, his need, and the evaluation for the use of any alternative treatments, which have to be approved by the patient (or his representative) and the provider of the treatment. I also understand that the information mentioned above could be shared with the policy holder, and the client previously mentioned during the case management. This information and record could not be granted to any other person or entity, unless it is required by law (or by written authorization). I understand that I am entitled to obtain a copy of this authorization, and I agree that the photostatic copy is good as the original.</p> <p>Yo, _____, doy mi autorización para que AXA Seguros, S.A. de C.V., o, en su caso, su representante autorizado haga uso de toda la información personal, médica, hospitalaria, registros de empleo e información concerniente a mi persona, incluyendo, pero no limitando bajo aviso médico, manejo o terapéutica brindada como paciente, el cual es cliente de los servicios internacionales de AXA Seguros, S.A. de C.V., entendiendo que dichos registros e información podrán ser utilizados por AXA Seguros, S.A. de C.V., (o su representante) con el propósito de que se brinde el manejo del caso por parte de la compañía en relación con los padecimientos por los que se me ha estado tratando; dicha información tendrá que describir la condición actual del paciente, sus necesidades y la evaluación de manejos alternativos de cualquier tratamiento, el cual deberá ser aprobado por el paciente (o su representante) y el proveedor de dicho manejo. Además entiendo que la información antes mencionada podrá ser compartida con el titular de la póliza y el asegurado mencionado anteriormente durante el curso de la administración del caso. Sin embargo, estos registros e información no podrán ser brindados a cualquier otra persona o entidad, a menos que se requiera por ley (o autorización por escrito). Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización y estoy de acuerdo con que la copia fotostática de este documento es tan válida como la original.</p>						
Holder's Name / Signature authorization: Nombre / Firma del Titular de Póliza		Patient's Name / Signature: Nombre / Firma del Paciente			Dated in: Fecha:	



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
4. Anexar los siguientes documentos para sustentar tu solicitud: identificación oficial, interpretación de estudios, informe médico (no mayor a 6 meses) y recetas médicas (no mayor a 3 meses).
5. Recomendamos revisar la lista de hospitales, laboratorios y otros proveedores de servicios médicos en axa.mx. En caso de no encontrarse en convenio con AXA, deberá realizar el trámite por reembolso.
6. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general de la Póliza		
Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):
Información del Asegurado afectado		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento: Día Mes Año
RFC:	CURP:	
País de nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación / Profesión / Giro del negocio:
Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso que el Asegurado afectado sea menor de edad, se pueden poner los datos de algún familiar)		
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto		
Contacto 1		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
Contacto 2		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
Información de la programación		
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente <input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad <input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad <input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio) <input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	<input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad) <input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Otro, describir:	<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Rehabilitación



Programación inicial o complementaria

¿La programación a realizar, se deriva de algún padecimiento anterior? (en caso de derivarse de un padecimiento anterior, favor de escribir el número de siniestro)

Sí, el número de siniestro es: _____ No, es la primera vez que realizaré esta programación.

Para programación de cirugía, favor de completar esta sección

Tipo de cirugía que será realizada (ejemplo: cesárea, apendicectomía, amigdalectomía, rinoplastia, biopsia, etc.):

En caso de haber realizado estudios médicos, favor de indicar cuáles:

Fecha tentativa de programación de cirugía: Día Mes Año

Nombre del Médico que realizará la cirugía:

Lugar donde se realizará la cirugía (el hospital debe tener convenio, favor de revisar la lista de hospitales en axa.mx):

Si la programación a realizar es una cirugía derivada de un accidente o una enfermedad y es la primera vez que se realizará dicha cirugía (es decir, no cuenta con número de siniestro) favor de llenar la siguiente información.

¿Qué síntomas ha presentado?

En caso de haber ocurrido un accidente indicar lo siguiente:

a. ¿Cómo ocurrió el accidente? (especifica en qué lugar y cómo ocurrió, detallando qué provocó la lesión)

b. Fecha del accidente: Día Mes Año

Para una programación de medicamentos v/o equipo médico, favor de completar esta sección

Fecha de inicio de tratamiento: _____

¿Qué síntomas ha presentado?



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Es indispensable indicar la dirección de entrega:							
Calle:			No. exterior:		No. interior:		
Colonia:		Código postal:	Alcaldía o municipio:	Ciudad:	Estado:		
¿Qué medicamentos requiere?							
#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 500mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)	Especifique la enfermedad o diagnóstico y/o número siniestro que corresponde		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
Nota: en caso de requerir enlistar más medicamentos, favor de llenar otro formato.							
En caso de requerir equipo médico favor de especificar cual:							
Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección							
Fecha de programación de servicio:		Día	Mes	Año			
Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):							
Tipo de estudio u hospitalización:							
Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección							
Fecha de programación de servicio:		Día	Mes	Año	Fecha de inicio de tratamiento:		
					Día	Mes	Año
Indicar número de sesiones, cada cuánto y durante cuánto tiempo (en caso de quimioterapia indicar el nombre de tratamiento):							



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

Sí acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:



Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
3. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, esta será evaluada conforme al Contrato de Seguro.
4. Es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.
5. Anexar los siguientes documentos para sustentar su solicitud: identificación oficial, informe médico (no mayor a 6 meses), copia de la Carátula de la Póliza.

Información general de la Póliza

Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):
---	----------------	---

Datos del Asegurado afectado

Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):		
Edad	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	País de nacimiento:
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:					
RFC:				CURP:			
Domicilio: Calle:				No. exterior:		No. interior:	
Colonia:		Código postal:	Alcaldía o municipio:		Población o ciudad:	Estado:	
Número de Firma Electrónica Avanzada:							
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):			Tel. celular (con clave de ciudad):		

Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso de ser el asegurado afectado menor de edad, por favor colocar los datos de contacto del tutor)

Nombre completo			
-----------------	--	--	--

Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Tel. celular (con clave de ciudad):
---------------------	---------------------------------	-------------------------------------

En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto

Contacto 1			
------------	--	--	--

¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?

Familiar Esposo(a) o cónyuge Amigo o conocido Agente

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
-------------------	-------------------	------------

Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Tel. celular (con clave de ciudad):
---------------------	---------------------------------	-------------------------------------



Contacto 2							
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?							
<input type="checkbox"/> Familiar		<input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge		<input type="checkbox"/> Amigo o conocido		<input type="checkbox"/> Agente	
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):			
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):		Tel. celular (con clave de ciudad):			
Tipo de evento							
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad							
Motivo por el cual acudió a la atención médica (descripción de los síntomas):							
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión:							
Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención:							
Hospital, Clínica o Sanatorio donde recibió la primera atención del presente padecimiento:							
Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento:				Día	Mes	Año	
¿Se ha tratado anteriormente por este padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Datos personales							
AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, • Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.							
<input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.							
Transferencia de datos a terceros							
Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad							
Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.							

 Sí acepto**Firma del Asegurado:**

Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

 Sí acepto No acepto**Firma del Asegurado:**

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

 Sí acepto No acepto**Firma del Asegurado:**

¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí No

Nombre de la compañía:

Suma Asegurada:

No. de Póliza:

Firma del Asegurado afectado o representante legal**Lugar y fecha**



Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
 2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
 3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
 4. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general

Nombre completo del Contratante de la Póliza: _____ No. de Póliza: _____ No. de certificado (en caso de contar con este número): _____

Datos del Asegurado afectado

Apellido paterno: **Apellido materno:** **Nombre(s):**

Edad: Sexo: Fecha de nacimiento: Día Mes Año

RFC: _____ CURP: _____

País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Ocupación / Profesión / Giro del negocio: _____

Domicilio: _____ No. exterior: _____ No. interior: _____ Colonia: _____
Calle: _____

Código postal: _____ Alcaldía o municipio: _____ Población o ciudad: _____ Estado: _____

Exclusivo para personas físicas

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan 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, funcionarios o miembro de partidos políticos.

En caso afirmativo, describa el puesto: _____ Parentesco o vínculo: _____

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No
Especifique:

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia?
Sí No En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: Parentesco o vínculo:

4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación?

SI NO



**Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Reembolso**

Tipo de solicitud					
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos		<input type="checkbox"/> Carta de valoración		<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
<input type="checkbox"/> AP Estudiante		<input type="checkbox"/> Maternidad		<input type="checkbox"/> Gasto médico menor	
Facturas o recibos presentados para reembolso					
<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Honorarios médicos		<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Medicamentos		<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)		Especifique:	
Tipo de reclamación					
<input type="checkbox"/> Inicial		Siniestro:		Diagnóstico:	
<input type="checkbox"/> Complementaria					
Aviso de accidente					
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento y si se reportó con alguna autoridad, detallando qué provocó la lesión:					
En caso de accidente automovilístico, mencionar las Compañías aseguradoras involucradas:					
Aseguradora de tu auto:			Aseguradora(s) del(los) tercero(s) involucrado(s):		
Facturas / Recibos adjuntos					
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)			Importe total Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Total (a)					



Desglose de medicamentos reclamados

Número de recibo	Número de factura	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Nombre de farmacia	Importe total
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Total (b)					
Total general (a+b)					

Beneficiario del pago

Nombre: _____

Asegurado Contratante Padre, Madre o Tutor

Otro, justificación: _____

Al marcar esta casilla instruyo a AXA Seguros S.A. de C.V., para efectuar el pago correspondiente derivado de la presente solicitud a favor de la persona cuyos datos incluyo en el presente apartado, renunciando a toda acción o derecho a mi favor derivado del mismo, acreditando que realizo el pago (factura, recibos de honorarios, etc.).

En caso de haber seleccionado otro, contratante, padre o madre, completar los siguientes campos:

Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):		
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	País de nacimiento:	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:					
RFC:				CURP:			
Domicilio: Calle:		No. exterior:		No. interior:		Colonia:	
Código postal:	Alcaldía o municipio:		Población o ciudad:			Estado:	
Número de Firma Electrónica Avanzada:							
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):			Tel. celular (con clave de ciudad):		
Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica							
Banco: _____							
Número de cuenta: _____							
CLABE interbancaria: _____							



Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación

Nota: no se realizan pagos ni depósitos a tarjeta de crédito. Para transferencia electrónica es indispensable el llenado de estos 3 datos, mismos que serán válidos únicamente para esta reclamación. En caso de omisión, no será posible continuar con el análisis integral de su solicitud.

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Autorizo la publicación de mi diagnóstico en la carta respuesta.

Transferencia de datos a terceros

Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

Sí acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:

Firma del Asegurado afectado o representante legal Firma del Asegurado titular y/o Contratante Lugar y fecha

--	--	--

Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por reembolso, el Asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el Asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su Póliza. A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del Contratante o Asegurado de la Póliza.

- Documentación para anexar en esta solicitud:
- Informe médico (no mayor a 6 meses), por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
- Copia de recetas médicas (no mayores a 3 meses), señalando nombre del Asegurado afectado, fecha de elaboración.
- Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.
- Facturas hospitalarias y de personas morales que generen IVA: facturar a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., ASE931116231, Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México.
- Los comprobantes de honorarios médicos, farmacias y enfermería así como cualquier otro que genere ISR a retener: facturar a nombre del Asegurado.
- Identificación Oficial Vigente.



Instrucciones

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
 2. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
 3. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.
 4. Se debe actualizar cada 6 meses o cuando se cambie de médico tratante o cuando cambie el tratamiento o padecimiento.
 5. Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.



Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):

Tiene relación con otro padecimiento: Sí No

¿Cuál? _____

El padecimiento ocasionó incapacidad:

Sí No Parcial Total

Desde: _____

Hasta: _____

Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):

Código ICD: _____

Es cáncer: Sí No

Escala TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describe los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico, con su interpretación:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):

Fecha de cirugía:

Día Mes Año

Fecha de hospitalización:

Día Mes Año

Fecha de alta:

Día Mes Año

Días que se brindó atención médica:

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

Consultorio Hospital Gabinete Otro Especifique: _____

En caso de haber seleccionado hospital indique el nombre del hospital:

Se realizó estudio histopatológico: Sí No

Describa el resultado del estudio histopatológico:



Se presentaron complicaciones: Sí No

Describa las complicaciones:

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro: Sí No

Describa el tratamiento:

Otros tratamientos y/o materiales, equipos y/o biológicos/monitoreos

Especificar tratamiento (sesiones de quimioterapia, sesiones de rehabilitación física, número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo):

Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)

#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Programación de sesiones de rehabilitación física

Días: _____ No. de sesiones: _____

Se requiere servicio de enfermería

Días requeridos: _____ Matutino Vespertino Nocturno 24 horas

Nombre de medicamentos:



En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento:

Lista de materiales que utilizó o se utilizarán en cirugía y/o equipo especial (monitoreo, Da Vinci u otros):

Tipo de terapia:	Cédula de especialidad:
------------------	-------------------------

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Especialidad:		Especialidad:	
Cédula profesional:		Cédula profesional:	
Cédula de especialidad:		Cédula de especialidad:	
RFC:		RFC:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:		Teléfono:	



Ayudante 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Otros médicos:			
Firma del médico		Lugar y fecha	
En caso de reembolso y/o programación de servicios, el asegurado deberá llenar el siguiente apartado:			
Datos personales			
AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.			
<input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.			
Transferencia de datos a terceros			
Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad.			
Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.			
<input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado: _____ <input type="checkbox"/> No acepto			
Autorizo que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.			
<input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado: _____ <input type="checkbox"/> No acepto			

Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente Personas Físicas



Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
Todos los datos de facturación deben de coincidir con tu CSF
(Constancia de Situación Fiscal).

Persona que recaba el formato

Contratante Asegurado Beneficiario Propietario real Proveedor de recursos Otro: _____

Datos generales

Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)	RFC (con Homoclave)	Fecha de nacimiento	día	mes	año
---	---------------------	---------------------	-----	-----	-----

Domicilio (calle, número ext., número int., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)

Nacionalidad(es)	País de nacimiento	Estado de nacimiento	Ocupación o profesión	Ingreso anual aproximado* (MN)
------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	--------------------------------

Tel. de contacto	Correo electrónico	CURP ¹
Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*	En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero, indicar: País: _____ Domicilio: _____ TIN: _____	Datos de la Identificación Oficial Vigente Emisor: _____ Tipo: _____ Clave: _____

Datos de facturación

Mismo domicilio de datos generales

Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)

Régimen fiscal	Clave de uso de CFDI
----------------	----------------------

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral, hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta².

Sí No

En caso afirmativo, indicar el nombre completo:

Relación y puesto desempeñado:

En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único para cada una.

¿Actúa en nombre y por cuenta propia? Sí No

Nombre completo: _____

¿Es usted quien pagará la prima? Sí No

Nombre completo: _____

Exclusivo para agentes de seguros - entrevista con el cliente

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 AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente
-------------------	---------------	------------------

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/ contractual que tengamos celebrado o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.

Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización.

Reconozco que haré del conocimiento de los titulares, que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Nombre y firma de la persona o del representante legal	Lugar y Fecha
--	---------------

¹El CURP es obligatorio para personas de nacionalidad mexicana o extranjeros residentes en México.

²Persona Políticamente Expuesta, es aquella que 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 y organizaciones internacionales.

Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente

Personas Morales



Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
Todos los datos de facturación deben de coincidir con tu CSF (Constancia de Situación Fiscal).

Persona que recaba el formato

Contratante Asegurado Beneficiario Proveedor de Recursos Otro: _____

Datos generales

Razón Social		Fecha de constitución día mes año	Teléfono del domicilio
Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)			
Correo electrónico		Ingreso anual aproximado(MN)	Actividad, giro mercantil u objeto social
País de Constitución	Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), en caso de contar con él*		RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:
Entidad Federativa de Constitución			
Nacionalidad	Folio Mercantil del registro público	Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique; País: _____ Domicilio: _____	
Nombre del(os) apoderado(s) legal(es)			

Datos de facturación

Régimen capital*	Régimen fiscal*	Clave de uso de CFDI

Datos de la Identificación del Apoderado y/o Representante Legal

Emisor	Tipo	Clave

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta ¹ . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único. ¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: ¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo:
Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____ Relación y puesto desempeñado: _____	

Exclusivo para agentes de seguros (entrevista con el cliente)

Yo, agente de seguros, declaro 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 AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/ contractual que tengamos celebrado o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.
Reconozco que haré del conocimiento de los titulares, que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Nombre y firma de la persona o del representante legal	Lugar y fecha

¹Persona Políticamente Expuesta, es aquella que 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 y organizaciones internacionales.



Accidentes Personales Colectivo Solicitud de seguro colectivo **Accidentes Personales Estudiante**

Información de la Póliza			Folio	
Póliza		No. de Póliza anterior		
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación				
Nombre o identificador del negocio				
Fecha de solicitud		Día	Mes	Año
Vigencia (debe cumplir con las políticas internas)				
Desde las	Día	Mes	Año	Hasta las
12 horas				12 horas
Día	Mes	Año		
Datos del Contratante				
Régimen fiscal				
<input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial		<input type="checkbox"/> Persona moral		<input type="checkbox"/> Régimen simplificado
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
RFC		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		Correo electrónico
¿Cuál?				Actividad o giro mercantil
Domicilio				No. exterior
Calle				No. interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)
Para personas morales Nombre(s) del(os) apoderado(s) legal(es)				Folio mercantil
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera				
Domicilio en país de origen		No. exterior	No. interior	Colonia
Calle				
Población o ciudad		Estado	País	Teléfono
Plan				
Accidentes Personales cubiertos				
Muerte Accidental		Suma asegurada: \$ _____		
Gastos Funerarios por Muerte Accidental Niños		<input type="checkbox"/> \$15,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$75,000		
La Suma asegurada elegida no puede ser mayor a la Suma asegurada de la cobertura de Muerte Accidental.				



**Accidentes Personales Colectivo
Solicitud de seguro colectivo
Accidentes Personales Estudiante**

Coberturas adicionales con costo					
<input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas		Tabla porcentajes de indemnización: <input type="checkbox"/> Escala "A" <input type="checkbox"/> Escala "B"			
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios por Muerte Accidental Adolescentes y Adultos		<input type="checkbox"/> \$15,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$ 75,000 La Suma asegurada elegida no puede ser mayor a la Suma asegurada de la cobertura de Muerte Accidental.			
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos por Accidente		Deductible: \$ _____ Suma asegurada: \$ _____			
<input type="checkbox"/> Ampliación de Cobertura Escolar					
Forma de pago					
Frecuencia de pago:			Conducto de pago:		
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral			<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito <input type="checkbox"/> Pago en línea		
Datos de la Colectividad asegurable					
Nombre					
Domicilio Calle				No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Características del subgrupo					
Nombre del subgrupo					
Características del subgrupo: <input type="checkbox"/> Con relación laboral <input type="checkbox"/> Sin relación laboral <input type="checkbox"/> Alumnos					
¿La Prima es pagada 100% por el Contratante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Población total del subgrupo	Número de Asegurados de 1 a 11 años	Número de Asegurados de 12 a 60 años	Número de Asegurados de 61 a 65 años	Número de Asegurados de 66 a 69 años	Número de personas a asegurar
+	+	+	=		
Elegibilidad del subgrupo (ejemplos: empleados, gerentes, directivos, etc.)					
¿Estaba este subgrupo en la vigencia anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Compañía <input type="checkbox"/> AXA Seguros Otra, ¿cuál? _____		
Población del subgrupo					
La información mínima necesaria de la población a asegurar que debe proporcionar el Contratante a la Compañía es:					
* Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])					
* Domicilio completo					
* Fecha de nacimiento					
* Género					
* Subgrupo					
* Relación del Asegurado con el Titular					
* Fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza					
* Ocupación					
* Nacionalidad					
* CURP					
* Relación del Asegurado con el Contratante					
* Fecha de ingreso del Asegurado a la colectividad					
* Número de empleado o matrícula					
* Teléfono					
* Correo electrónico					
Esta información deberá enviarse por medio electrónico y en Excel.					



Designación de Beneficiarios

La información mínima necesaria de cada Beneficiario que debe proporcionar el Contratante a la Compañía es:

- * Nombre completo del Asegurado (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])
- * Nombre completo del Beneficiario (apellido paterno, apellido materno, nombre[s])
- * Fecha de nacimiento
- * Parentesco con el Asegurado
- * Porcentaje que se le designa
- * Domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía o municipio, ciudad o población, estado)
- * Teléfono
- * Correo electrónico

Esta información deberá enviarse por medio electrónico y en Excel.

Datos del agente (aspectos internos de la Compañía)

	No. agente	Nombre del agente	Comisión	No. promotor	C. de contribución	Producción
Agente 1			%			%
Agente 2			%			%

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. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, el Contratante o cualquiera de los Solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si esta lo estima conveniente. Además, autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a AXA Seguros, S.A. de C.V., todos sus historiales médicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo, autoriza a las Compañías de seguros a las cuales ha solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas, y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al Contrato de Seguro solicitado y 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 a continuación se indica, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción: "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico".

Correo electrónico _____

Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las condiciones generales a través del portal axa.mx o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.

En caso de que alguna autoridad requiera mayor información de algún Asegurado, el Contratante deberá tener un expediente de la información antes mencionada y en caso que AXA requiera o solicite el expediente es responsabilidad del Contratante entregarlo a la Compañía en un plazo no mayor a 48 horas.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por lo 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.

Certificación del agente o conductor de venta: declaro haber explicado ampliamente al Solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptado el riesgo por la Compañía.



Datos personales (Aviso de Privacidad)

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas número 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, C.P. 03200, alcaldía Benito Juárez, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del Contrato de Seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en 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 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. Firma _____.

Al marcar la casilla anterior, el Contratante conviene con AXA Seguros, S.A. de C.V., mantener los expedientes de identificación de los Asegurados durante toda la vigencia de la póliza y a entregarlos a AXA Seguros, S.A. de C.V., de manera digitalizada en el momento en que esta lo requiera o bien al concluir la vigencia de la póliza.

Al marcar la casilla anterior, el Contratante conviene con AXA Seguros, S.A. de C.V., (en adelante "AXA") a resguardar los consentimientos de uso de los Datos Personales y sensibles de los Asegurados de la colectividad, y a entregarlos a AXA Seguros, S.A. de C.V., al momento en que esta lo requiera, así como entregar a los Asegurados de la colectividad el Aviso de Privacidad de AXA en donde se establecen los lineamientos de uso de datos y mecanismos para ejercer los derechos ARCO, ya sea por vía electrónica o física.

Asimismo, autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros.

Sí No Firma _____ En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección "Aviso de Privacidad".



Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

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 No

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 No
Especifique:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación
---	--------------------------------------

Entrevista personal con el cliente

En cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones Legales vigentes, se presenta ante usted el Sr./Sra. _____, agente de seguros con clave número _____, para efectos de entrevistarlo y para recabar los datos y documentos de identificación que permitan a la Compañía contar con su expediente debidamente integrado.

¿El agente mencionado se presentó ante usted en el domicilio mencionado con anterioridad en este documento? Sí No

Que corresponde a su:

Domicilio particular Domicilio laboral Otro (especificar) _____

Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?

Sí No En caso de contestar "No", especificar la causa y el nombre del tercero por el que actúa _____

Parentesco o vínculo con usted: _____

Domicilio de dicha persona: _____

Teléfono de dicha persona: _____

En caso de que el tercero sea una persona moral indique:

a) La estructura corporativa: _____

b) Nombres de los accionistas o socios: _____

Como resultado de entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.

Firma del Contratante o representantes legales	Firma del agente	Lugar fecha

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de Septiembre del 2015, con el número CNSF-S0048-0363-2015/CONDUSEF-002196-01