

## DEUDORES VIDA GRUPO

**Ayudamos a proteger los ingresos de las empresas al asegurar las deudas de los asegurados.**

### BILL PROTECTION

**Diseñado para asegurar pagos recurrentes, mantener el estilo de vida de nuestros asegurados y crear fidelidad a la marca del contratante.**

#### Beneficios

Seguro dirigido a negocios como clubes o gimnasios, hoteles y tiempos compartidos, condominios, entre otros.

- Fallecimiento

En caso de fallecimiento del asegurado, cubriremos los pagos recurrentes al contratante.

- Oportunidad de ampliar la protección

A través de Instantes de Vida, una gama de coberturas indemnizatorias que brindan protección en caso de enfermedades, eventos como el nacimiento o adopción de un hijo, matrimonio, divorcio o titulación, desempleo involuntario y hospitalización por accidente o enfermedad.



#### Coberturas básicas

- Fallecimiento

En caso de que el asegurado fallezca, pagaremos a la institución financiera o a la empresa que otorgó el crédito, el valor de la deuda.

#### Coberturas adicionales

- Invalidez total y permanente

Si el asegurado sufre invalidez total y permanente, pagaremos la suma asegurada al contratante.

- **Invalidez total y permanente por accidente**

Si el asegurado sufre invalidez total y permanente por accidente, pagaremos la suma asegurada al contratante.

- **Desempleo**

Si el asegurado pierde su trabajo, pagaremos la suma asegurada al contratante.

- **Instantes de Vida**

Indemnización en caso de enfermedades, evento como el nacimiento o adopción de un hijo, desempleo involuntario y hospitalización.



## Formato simplificado de identificación

Todos los datos generales para facturación deben de coincidir con tu CSF (Constancia de Situación Fiscal).

### Participante en el Contrato

Contratante  Asegurado  Beneficiario

### Datos Generales

Razón social o nombre completo del cliente (como aparece en su identificación oficial)	Correo electrónico				
RFC	CURP <sup>1</sup>	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	día	mes	año
Nacionalidades	Domicilio o Domicilio Fiscal*			No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal*	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Para personas morales Nombre(s) del (de los) apoderado(s) legal(es)			
Régimen fiscal*	Régimen capital*	Clave de uso de CFDI			

### Datos de la Identificación

Emisor	Tipo	Clave
<b>Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas</b>		
Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral, hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta <sup>2</sup> : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, indicar el nombre completo:		Relación y puesto desempeñado:

¿Es usted quien pagará la prima? Sí  No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único correspondiente:

¿Declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí  No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona o razón social por quien actúa, quien también deberá llenar el Formato único correspondiente:

### Entrevista con el cliente (exclusivo para Agentes de seguros)

Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como en lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., y de aquellas que la sustituyan o las complementen, yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones. Asimismo, hago constar que los datos recabados fueron obtenidos previamente de la identificación personal vigente, así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones.

Nombre completo del Agente	No. 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 celebrada 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](http://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 del cliente o del representante legal	Lugar y fecha
--	---------------

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

<sup>2</sup>Persona 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 alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.

\*En caso de factura, indica tu domicilio fiscal de acuerdo con tu Constancia de Situación Fiscal.