

DEUDORES VIDA GRUPO

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

DEUDORES VIDA GRUPO

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

Beneficios

Seguro dirigido a empresas o instituciones financieras que brinden créditos.

- Fallecimiento

En caso de fallecimiento del asegurado, indemnizaremos a la entidad contratante el valor de la deuda.

- 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.



Asistencias

Ampliamos los beneficios con diferentes servicios de asistencia.



Tu médico 24hrs®

Asistencia médica telefónica las 24 horas, los 365 días.



Asistencia funeraria

Apoyo en servicios básicos de traslado, cremación y urna para cenizas, arreglo del cuerpo, entre otros.



Consultoría y Asistencia Legal

Orientación legal telefónica y asesoría para la elaboración y revisión de convenios, contratos, entre otros.



GAID

Servicio de apoyo en ejecución de trámites administrativos no funerarios relacionados al deceso de una persona.



Repatriación

Servicio disponible desde cualquier parte del mundo para todo lo relacionado con el transporte terrestre o aéreo del cuerpo.

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, eventos como el nacimiento o adopción de un hijo, desempleo involuntario y hospitalización.



Formato de identificación Fideicomisos

La denominación o razón social del fideicomiso deberá nombrarse tal cual como aparece en la CSF (Constancia de Situación Fiscal). Los participantes del fideicomiso a los que les sea emitida la factura deberán indicar sus datos fiscales en su formato correspondiente.

Datos generales del Fideicomiso									
<input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor de Recursos <input type="checkbox"/> Otro: _____									
Datos de Identificación									
Denominación o razón social de la Institución Fiduciaria					Clave de uso de CFDI				
Denominación o razón social del Fideicomiso					Número o referencia del Fideicomiso				
Lugar de constitución o celebración del Fideicomiso (país y estado)					Fecha de constitución o celebración del Fideicomiso 				
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal y/o equivalente en el extranjero					No. de serie de Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)				
Objeto del Fideicomiso		Ingresos anuales estimados en pesos mexicanos (\$)		Domicilio Calle			No. exterior		No. interior
Colonia		Código postal 	Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado		
Teléfono de contacto			Indicar si realiza actividades vulnerables ¹			Patrimonio Fideicomitado			
Correo electrónico									
Participantes del Fideicomiso									
Miembros del Comité Técnico u Órgano equivalente									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					Nombre completo del(los) Propietario(s) Suplente(s)				
Fideicomisarios					Fideicomitentes				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Monto de aportación de los Fideicomitentes			
Representantes y Apoderados legales					Delegados Fiduciarios				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				

ENERO 2025



Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)		
<p>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 (en adelante las "Disposiciones"), 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 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 directamente de los documentos señalados en las Disposiciones, haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.</p>		
Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente
<p>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 en la sección "Aviso de privacidad".</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.</p> <p>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.</p>		
Nombre y firma del representante legal	Lugar y fecha	



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 ☐ Propietario Real ☐

Datos Generales

Razón social o nombre completo del cliente (como aparece en su identificación oficial)		Correo electrónico	
RFC	CURP ¹	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	día mes año
Nacionalidades(es)	Domicilio o Domicilio Fiscal* Calle		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
--------	------	-------

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:

¿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 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 del cliente 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 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.



Formato de identificación Entidades, dependencias y sociedades*

Razón social, código postal, régimen fiscal y RFC deben plasmarse tal cual aparecen en la CSF (Constancia de Situación Fiscal).

Participante en el Contrato de seguro				
<input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario				
Datos Generales				
Razón social			Actividad u objeto social	
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero			No. de serie de la FIEL (si cuenta con ella)	
Domicilio fiscal		No. exterior	No. interior	Colonia
Calle				
Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad	Estado
Correo electrónico			Teléfono del domicilio	
Datos de facturación				
Régimen fiscal		Régimen capital		Clave de uso de CFDI
Nombre completo del administrador o administradores, director, gerente general o apoderado con cuya firma pueda obligar a la sociedad, dependencia o entidad para efectos de celebrar la operación de que se trate				
¿Es usted quien pagará la prima? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único respectivo:				
¿Actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso negativo, mencione el nombre completo del tercero por el que actúa, quien también deberá completar el Formato único respectivo:				
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 las sustituyan o las completen, 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.				
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, que se vaya a celebrar con usted y para 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 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 del cliente o del representante legal			Lugar y fecha	

*Este formato es aplicable siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios:

- Sociedades, dependencias y/o entidades cuyos valores se encuentren inscritos en el Registro Nacional de Valores.
- Que se encuentren constituidas en países o territorios en los que se apliquen medidas para prevenir, detectar y combatir operaciones con recursos de procedencia ilícita y financiamiento al terrorismo, y que estén supervisadas respecto al cumplimiento de tales medidas.
- Sociedades Controladoras de Grupos Financieros, Fondos de Inversión, Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro, Sociedades Operadoras de Fondos de Inversión, Sociedades Distribuidoras de Acciones de Fondos de Inversión, Instituciones de Crédito, Casas de Bolsa, Casas de Cambio, Administradoras de Fondos para el Retiro, Instituciones de Seguros, Sociedades Mutualistas de Seguros, Instituciones de Fianzas, Almacenes Generales de Depósito, Sociedades Cooperativas de Ahorro y Préstamo, Sociedades Financieras Populares, Sociedades Financieras de Objeto Múltiple, Uniones de Crédito, Sociedades Emisoras de Valores, Entidades Financieras del Exterior, Dependencias y Entidades públicas federales, estatales y municipales, Bolsa de Valores, Empresas que administren mecanismos para facilitar las transacciones con valores, Contrapartes Centrales, Proveedores de Precios, Instituciones Calificadoras de Valores y los criterios establecidos por AXA Seguros, S.A. de C.V.



Vida y Ahorro
Solicitud de Reclamación de Siniestros Vida
Beneficiarios Personas Físicas

Los campos marcados con * son opcional.

Datos de la Póliza									
Siniestro					Fecha de solicitud				
					Día Mes Año				
Número de Póliza(s)			Número de certificado(s)						
Nombre de (los) Contratante(s)									
Origen de la reclamación									
<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Pérdida Orgánica					Fecha de siniestro				
					Día Mes Año				
<input type="checkbox"/> Anticipo por Fallecimiento <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente <input type="checkbox"/> Otras causas					Especifique				
La causa del siniestro se debió a <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Otras causas									
Datos del Asegurado									
Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Nacionalidad(es)		Fecha de nacimiento		
							Día Mes Año		
Domicilio		No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio				
Calle									
Ciudad		Estado		País		Teléfono			
RFC con homoclave		CURP				Actividad o giro del negocio			
Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*				Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro					
País y estado de nacimiento		No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)							
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____									
Domicilio: _____									
Datos del (los) Beneficiario(s) del pago y/o Representante Legal (persona física)									
Para el caso en el que se reclame el Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios firman los Beneficiarios. Para el caso en el que se reclame Invalidez Total y Permanente, Enfermedad, Pérdida Orgánica o Anticipo por Enfermedad Terminal firma el Asegurado.									
Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Parentesco con el Asegurado				
Ocupación o profesión			Actividad o giro del negocio			Nacionalidad(es)			
País y estado de nacimiento			Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*						
Fecha de nacimiento			Domicilio en territorio nacional para oír y recibir notificaciones					No.	
Día Mes Año			Calle						
Código postal		Colonia	Alcaldía o municipio		Ciudad	Estado	País		
RFC con homoclave		CURP				Correo electrónico			
Teléfono		No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)							
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____									
¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____									

Domicilio Calle	No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio
Ciudad	Estado	País	Teléfono	
Opción de pago				
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Orden de pago (montos menores a \$20,000)		Banco	Plaza	Sucursal
Clabe interbancaria (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)				
ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica)		SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)		
IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria/alfanumérico)				
País de origen de la cuenta			Moneda de la cuenta	
<p>El Asegurado o Beneficiario, o su representante legal declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.</p> <p>Nota: la Compañía de seguros procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) conforme al contrato del seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza de seguros. Queda expresamente convenido que al recibir el pago por concepto de indemnización por el medio indicado, el Beneficiario del seguro otorga a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercer en contra de la Compañía, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la Póliza de seguros contratada. En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionado en el estado de cuenta bancario o la consulta de clabe interbancaria, correspondiente al Beneficiario del pago y anexo a este formato.</p>				
En caso de reclamación por Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico adicional por Gastos Funerarios, firma el beneficiario. En caso de reclamación por Invalidez Total y Permanente, Enfermedad Terminal, Anticipo por Enfermedad Terminal o Pérdida Orgánica firma el Asegurado.				
<p>Con la firma de la presente solicitud el cliente declara que se le hizo entrega de la copia de la presente autocertificación. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros ubicadas en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion. El horario de atención es de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.</p> <p>Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en axa.mx, y para todos los fines del Contrato de Seguro.</p> <p>Cruzar la casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.</p> <p>Correo electrónico del agente _____</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.</p> <p>Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización.</p> <p>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.</p>				

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, es una persona políticamente expuesta ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre completo	Relacion y puesto desempeñado
-------------------------------------	-------------------------------

2. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 con usted
--	--------------------------------

Pasos a seguir en una reclamación

1. Recabar toda la documentación obligatoria para iniciar el trámite de acuerdo con el riesgo ocurrido.
Llenar toda la solicitud de reclamación con letra clara y todos los campos obligatorios.

Documentos	Póliza Individual		Póliza de Grupo	
	Fallecimiento	Otros beneficios	Fallecimiento	Otros beneficios
Solicitud de reclamación personas físicas (formato de AXA).	✓	✓	✓	✓
Resumen clínico del médico tratante en original, amplio y detallado con antecedentes patológicos y no patológicos completos, con fechas de diagnóstico y tratamiento.		✓		✓
Recibo de nómina del asegurado a la fecha de siniestro cuando la Póliza sea vía descuento por nómina.	✓	✓		
Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro (si se trata de Póliza con relación laboral).			✓	
Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro.				✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.	✓	✓	✓	✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del (los) beneficiario(s).	✓		✓	
Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.	✓		✓	
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge), o jurisdicción voluntaria en caso de concubinato.			✓	
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge).	✓			
En caso de que la muerte sea a consecuencia de un accidente: copia certificada o cotejada de la carpeta de investigación completa.	✓		✓	
Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA). En caso de no contar con seguridad social deberá presentar Dictamen de Invalidez emitido por médico especialista en la materia, en original, adjuntando los estudios de laboratorio, histopatológicos y gabinete realizados (radiografías, resonancias magnéticas, tomografía, ultrasonido, etc.).		✓		✓
Copia simple de identificación oficial del Asegurado.	✓	✓	✓	✓
Copia simple de identificación oficial del (los) beneficiario(s).	✓		✓	

Documentos	Póliza Individual		Póliza de Grupo	
	Fallecimiento	Otros beneficios	Fallecimiento	Otros beneficios
Cuenta clabe interbancaria a nombre del beneficiario.	✓	✓	✓	✓
Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).	✓	✓	✓	✓
Cédula de Consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de Beneficiarios.			✓	
Carátula de Póliza y documentación contractual.	✓	✓		
Alta ante el IMSS, contrato laboral o documentación que acredite el vínculo entre el Contratante y el Asegurado.			✓	

2. Entregar en las oficinas de AXA los documentos para iniciar la reclamación.

3. La oficina de AXA en donde se entregaron los documentos dará seguimiento a la respuesta del trámite.
Es importante que proporcione correctamente sus datos personales como: teléfono, correo electrónico, dirección, entre otros.

Conceptos básicos

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 alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.

Póliza de Grupo: Póliza contratada a través de una empresa. El Asegurado tiene relación laboral, se adhiere de forma voluntaria o cuenta con un crédito con el Contratante.

Póliza Individual: Póliza contratada directamente por el Asegurado.

Copia certificada: documento certificado ante notario público o autoridad competente.

La recepción de documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: siniestrosvida@axa.com.mx o llámanos al **800 900 1292**.

En caso de ser más de un Beneficiario llenar el formato Otros Beneficiarios para poder tramitar la reclamación para cada uno.

En caso de que el Beneficiario, Asegurado o a quien se ceda el derecho de la Póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de sus dedos pulgar e índice derechos, y que dos personas firmen a su ruego como testigos. Anexar de los testigos, copia simple de su credencial de elector, de su pasaporte o de su cédula profesional por ambos lados.

Hacemos constar que en nuestra presencia _____ imprimió su huella digital en virtud de no saber o no poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmó.

Nombre y firma del beneficiario	Lugar y fecha
Nombre completo del testigo 1	Firma
Nombre completo del testigo 2	Firma

Esta documentación es enunciativa sin perjuicio del derecho de la Compañía establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro de requerir información adicional.



Contratante _____ Consentimiento No. _____
Póliza No. _____
Categoría _____

Datos del integrante

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno _____

Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de ingreso al Grupo Asegurado: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de ingreso a la Póliza: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de término de vigencia de la Póliza: Día _____ Mes _____ Año _____

Suma Asegurada inicial

Cantidad con letra _____

Plazo del seguro _____ año(s) Tasa de interés del adeudo _____ % anual

Coberturas amparadas

Si durante el plazo del contrato de seguro y estando al corriente en el pago de la Prima, ocurre el fallecimiento de uno o algunos de los integrantes, la Compañía pagará al Beneficiario (acreedor), que en este seguro es quien otorgó el crédito, el Saldo Insoluto. En caso que la Suma Asegurada sea el monto total del crédito, se cubrirá el Saldo Insoluto al Beneficiario (acreedor) y en caso de existir un remanente, éste se pagará a los Beneficiarios que designe el Integrante.

Esta cobertura se hace extensiva a una segunda persona cuando ésta se encuentre como coacreditada dentro del contrato de crédito otorgado, o al deudor solidario en aquellos casos en que se trate del cónyuge del titular que tenga ingresos personales y que no exista un coacreditado.

La Compañía sólo cubre el primer acontecimiento hasta el total del monto otorgado como crédito, sin posibilidad de llevarse a cabo una doble indemnización.

Beneficiarios

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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 nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

El contratante será el beneficiario del saldo insoluto del crédito concedido por el contratante, de conformidad con el Art. 12 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedad. En caso de cubrirse por este seguro el monto total del crédito inicial, una vez cubierto el saldo insoluto, designo como beneficiario(s) del remanente a:

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Parentesco	Fecha de nacimiento	% de participación

El integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía la nueva designación. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por fallecimiento a la última designación de Beneficiarios de que tenga conocimiento quedando liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

Comentarios _____



Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de Seguro de Deudores Grupo que el contratante ha solicitado a **AXA Seguros S.A. de C.V.** de acuerdo a las condiciones generales de la Póliza. Tengo conocimiento de que para ingresar al Seguro debo ser parte del Grupo Asegurado, y adquirir las características de asegurabilidad para tomar parte del mismo.

Lugar y fecha _____

Este documento sólo 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, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados 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 los registros número CNSF-S0048-0454-2010, CNSF-S0048-0453-2010 y CNSF-S0048-0450-2010 de fecha 30 de abril de 2010.

Firma y sello del contratante	Firma de integrante del Grupo Asegurado



☐ Póliza nueva

☐ Póliza de renovación

No. Póliza _____

Datos del Contratante

<input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Física con Actividad Empresarial <input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Entidad, Sociedad, Dependencia			
Razón social o nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Folio Pegaso
RFC con homoclave o Núm. de identificación fiscal "NIF" equivalente al país de origen		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	
		Día Mes Año	
No. de Serie Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		Régimen Fiscal	
Clave de uso		Código postal domicilio fiscal	
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior Colonia
Código postal	Alcaldía o Municipio	Población o ciudad Estado	
Nombre completo del representante legal del Grupo		Folio mercantil	No. de registro de seguridad social
País y estado de nacimiento/constitución		Correo electrónico	Ingresos anuales estimados*
Teléfono de contacto		En mi carácter de Contratante solicito de AXA Seguros, S.A. de C.V. la expedición de una Póliza de Seguro de Grupo, de conformidad con las Condiciones Generales que se anexan y de acuerdo con la siguiente información. En caso de ser apoderado o representante legal adjuntar información soporte.	

Plan solicitado

<input type="checkbox"/> Respaldo Empresarial <input type="checkbox"/> PlanProtege	<input type="checkbox"/> Respaldo Funerario <input type="checkbox"/> Deudor/Bill Protection	Moneda: <input type="checkbox"/> Nacional
Vigencia Desde: Día Mes Año a las 12 horas. Hasta: Día Mes Año a las 12 horas.		Forma <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual
Pago de la prima: <input type="checkbox"/> Contributorio <input type="checkbox"/> No contributorio	Porcentaje de contribución de los Integrantes al pago de la prima _____%	Experiencia: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Global
		Dividendos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Administración de la Póliza ☐ Tradicional (reporte de altas y bajas) ☐ Autoadministrado¹
☐ A declaración* *Para este tipo de administración, en caso de otorgarse el Seguro bajo esta solicitud, el Contratante conviene con la Compañía en administrar la recepción y la entrega de los documentos consistentes en Consentimientos, Certificados y en su caso, de pago de dividendos.

Grupo asegurado

¿La ubicación del grupo a asegurar corresponde al domicilio fiscal del contratante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta anterior es No , colocar el nombre del estado de la República Mexicana donde se ubica el grupo a asegurar y/o indicar Nacional cuando esté presente en dos o más estados.
Características <input type="checkbox"/> Con relación laboral <input type="checkbox"/> Sin relación laboral <input type="checkbox"/> Escolar ²	El Integrante se adhiere a este Contrato por: <input type="checkbox"/> Prestación <input type="checkbox"/> Voluntaria
Giro Mercantil, actividad u objeto social a la que se dedica el cliente	No. de miembros que forman el Grupo asegurado _____

¹La autoadministración solo se otorga a grupos con relación laboral e inscripción a seguridad social.

²Esta característica del grupo solo aplica para el plan Respaldo Empresarial.

*Campo no obligatorio



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 1		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	<input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo		
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato <input type="checkbox"/> Mudanza
Periodo de espera: <input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses			
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 2		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	<input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo		
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato <input type="checkbox"/> Mudanza
Periodo de espera:	<input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses		
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)	
Categoría 3	No. de Integrantes
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos	
Regla para determinar la Suma Asegurada	
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____	
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)	
Por Accidente: <input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)
Por Invalidez: <input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)
Deudor/Bill Protection: <input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente
<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino
<input type="checkbox"/> Titulación	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario
<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata
<input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Cáncer Testicular
	<input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal
	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón
	<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo
	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple
	<input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica
	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave
	<input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato
	<input type="checkbox"/> Mudanza
Periodo de espera: <input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses	
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>	
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):	



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)																												
Categoría 4	No. de Integrantes																											
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos																												
Regla para determinar la Suma Asegurada																												
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____																												
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)																												
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI) <input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO) <input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)																											
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP) <input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA) <input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)																											
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo																											
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo</td><td><input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Matrimonio</td><td><input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente</td><td><input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Trasplante</td><td><input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad</td><td><input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Divorcio</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino</td><td><input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titulación</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Mama</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cáncer</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cirugías</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata</td><td><input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Testicular</td><td><input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal</td><td><input type="checkbox"/> Mudanza</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente	<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo	<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino	<input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio	<input type="checkbox"/> Titulación	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica	<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave	<input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Cáncer Testicular	<input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato		<input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Mudanza
<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón																										
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente	<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo																										
<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple																										
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino	<input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio																										
<input type="checkbox"/> Titulación	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave																										
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica																										
<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave																										
<input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Cáncer Testicular	<input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato																										
	<input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Mudanza																										
Periodo de espera:	<input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses																											
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>																												
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																												
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):																												



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)																												
Categoría 5	No. de Integrantes																											
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos																												
Regla para determinar la Suma Asegurada																												
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____																												
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)																												
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI) <input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO) <input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)																											
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP) <input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA) <input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)																											
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo																											
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo</td><td><input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Matrimonio</td><td><input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente</td><td><input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Trasplante</td><td><input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad</td><td><input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Divorcio</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino</td><td><input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titulación</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Mama</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cáncer</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cirugías</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata</td><td><input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Testicular</td><td><input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal</td><td><input type="checkbox"/> Mudanza</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente	<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo	<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino	<input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio	<input type="checkbox"/> Titulación	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica	<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave	<input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Cáncer Testicular	<input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato		<input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Mudanza
<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón																										
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente	<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo																										
<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple																										
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino	<input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio																										
<input type="checkbox"/> Titulación	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave																										
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica																										
<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave																										
<input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Cáncer Testicular	<input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato																										
	<input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Mudanza																										
Periodo de espera:	<input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses																											
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>																												
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																												
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):																												



Datos del agente o intermediario					
	Clave	Nombre	Comisión	Centro de contribución	Participación
1			%		%
2			%		%
3			%		%

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 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 Integrante o del beneficiario en su caso aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Hago constar que me he enterado de las Condiciones Generales de la Póliza que en su caso extenderá AXA Seguros, S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas. Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través del correo electrónico declarado en la presente solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción ☐ No deseo que la documentación me sea entregada vía 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.

Con la presente acompaño debidamente firmados los consentimientos o relación de Integrantes, quienes han firmado sus respectivos consentimientos; tales documentos contienen los datos relativos a cada uno de los Integrantes del Grupo asegurado; la información mínima necesaria de la población a asegurar que debe proporcionar el Contratante a la Compañía es: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), 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, si el Asegurado estuvo asegurado en otra compañía (especifique), número de empleado, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico. Esta información deberá enviarse por medio electrónico, y forman parte de esta solicitud. Incluyo también la cotización previamente autorizada.

Con la firma de la de la presente solicitud, 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 los requiera o bien al concluir la vigencia de la Póliza.

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 evaluar su solicitud del seguro, en su caso emitir su póliza y para todas las finalidades relativas al 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.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles donde pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Llenar en caso de que el contratante sea una persona física:

☐ Autorizo que AXA trate mis datos personales patrimoniales y financieros proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas.

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

Certificación del agente o conducto 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, así como la forma de dar por terminada su cobertura.



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 (en adelante las Disposiciones).

Así como lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., 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 directamente de una identificación personal vigente así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado o en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, 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

Nombre completo de la(s) persona(s) que desempeña(n) o desempeñó el cargo público	Puesto desempeñado
---	--------------------

Nombre del relacionado con la figura pública	Relación
--	----------

Entrevista física con el cliente

¿Es usted quien pagará la prima? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima y completar el Formato Único correspondiente.

Actúa en nombre y por cuenta propia ☐ Sí ☐ No

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

Como resultado de la entrevista, el agente ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente. Agradecemos de antemano su atención.

Firma del Contratante	Firma del agente o intermediario	Lugar y fecha
Firma del(los) apoderado(s) legal(es) y puesto que ocupa(n)	Firma del(los) apoderado(s) legal(es) y puesto que ocupa(n)	

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México 55 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escribanos a axasoluciones@axa.com.mx; o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México C.P 03100 - Tel. (55) 5340 0999 y (800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx.

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 & de Diciembre de 2021, con el número CGEN-S0048-0131-2021 / CONDUSEF G-01263-001.