

VIDA

DuoProtect Plus

El seguro de vida preaprobado para nuevos asegurados de Flex Plus®.

Beneficios

- Ofrecemos a los nuevos asegurados de Flex Plus® un seguro de vida preaprobado con un fácil proceso de contratación y suma asegurada de hasta 220,000 UDI.
- Participan los productos de Vida ProTGT® UDI y Aliados+® ahorro en UDI.



Coberturas básicas

- **Fallecimiento:** en caso de fallecimiento del asegurado, pagaremos la suma asegurada a sus beneficiarios.

Coberturas adicionales

- **Exención de pago de primas por invalidez total y permanente:** si a consecuencia de un accidente o enfermedad, el asegurado ya no puede generar ingresos, la cobertura de fallecimiento seguirá vigente sin más pago de primas.



Datos de la póliza															
Número de póliza de GMM:							Fecha	D	D	M	M	A	A	A	A
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno														Fuma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asegurado Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)				Edad _____ años				Ingreso anual aproximado \$ _____							
Domicilio Calle								No. exterior			No. interior				
Colonia				Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado					
RFC						Teléfono				Residencia fiscal en el extranjero: <input type="checkbox"/> Si, país _____ <input type="checkbox"/> No					
Características del seguro															
Producto / plan:							Plazo:				Plazo de pago:				
Cobertura							Suma asegurada								
Fallecimiento							UDI								
Exención de pago de primas por Invalidez (BI)*															
Moneda: <input checked="" type="checkbox"/> UDI		Frecuencia de pago						Forma de pago							
Comisión: <input type="checkbox"/> Nivelada		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual						<input type="checkbox"/> Cargo automático <input type="checkbox"/> Referencia bancaria							
Designación de beneficiarios															
No.	Nombre					Fecha de nacimiento			Parentesco			%			
1.															
2.															
3.															
Domicilio de los beneficiarios (solo en caso de ser distinto al domicilio del asegurado)															
1.															
2.															
3.															
Cargo automático															
Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques															
Banco		Cargo*		No. CLABE (débito o cuenta de cheques)					No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)						
*Cargo a: d= tarjeta débito, c= tarjeta crédito, ch= cuenta de cheques															
Por medio de la presente autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa o Master Card, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo con el tipo de cambio establecido por el Banco de México en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario notificaré a la compañía.															



Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la compañía. **b)** Por rechazo bancario. **c)** Cancelación de póliza.

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

Nota importante

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 evaluar la solicitud de seguro y selección de riesgo, emisión de la póliza, así como para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro. El aviso de privacidad integral lo puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Manifiesto que mis datos personales de identificación como contratante son los contenidos en la solicitud de gastos médicos mayores y no me opongo a que estos sean obtenidos de la misma para que sean tratados para efectos de la presente solicitud, emisión de la póliza y demás finalidades relacionadas con el cumplimiento de obligaciones derivadas del contrato de seguro.

☐ Autorizo que AXA trate mis datos personales financieros, patrimoniales y sensibles para los fines referidos. Reconozco que este consentimiento se complementa con la firma de la presente solicitud.

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

☐ Sí acepto. Reconozco que este consentimiento se complementa con la firma de la presente solicitud.

☐ No acepto Como contratante o solicitante 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 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.

AXA Seguros, S.A. de C.V. ha mantenido una política de cooperación con autoridades fiscales y gubernamentales para combatir el lavado de dinero, la evasión fiscal y otras actividades ilícitas. En los casos en que el Cliente no sea un residente fiscal de la jurisdicción donde se emita la Póliza, contrato o seguro, o en los casos en los que el Cliente sea residente fiscal en otro país, AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, así como tratados internacionales de los que México sea parte, revelar a las autoridades fiscales y/o gubernamentales de México y/o del país de origen del Cliente, la identidad de este y determinada información concerniente a la Póliza, contrato o producto objeto de este formulario de solicitud. El Cliente se compromete a notificar de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. cualquier cambio de circunstancias referentes a su residencia fiscal y a proporcionar a AXA Seguros, S.A. de C.V. una declaración actualizada dentro de un periodo de 30 días a partir de dicho cambio de circunstancias.

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

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

La oferta no aplica para asegurados de continuidad.

Oferta válida para solicitantes aceptados en Flex Plus sin endoso(s) de exclusión.

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.

Firma del asegurado	Firma del agente	Lugar y fecha