

VIDA

Básico Estandarizado de Vida

Producto diseñado para proteger la economía de la familia en caso del fallecimiento de la persona encargada del sustento familiar.

Beneficios

- Seguro de vida temporal a 5 años, renovable automáticamente.
- Tres opciones de suma asegurada: \$100,000, \$200,000 o \$300,000 pesos.
- Seguro accesible en costo y de fácil comprensión.





Solicitud de Seguro Básico Estandarizado Vida Individual

Solicitud No. [REDACTED]

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar).

De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

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 aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Datos del solicitante			
Nombre completo del solicitante (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)			
Fecha de nacimiento día mes año	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)	Edad	Estado Civil
Nacionalidad	Ciudad y Estado de nacimiento	En caso de ser mujer, ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Datos laborales			
Nombre de la empresa donde trabaja	RFC con homoclave	CURP	
Profesión u ocupación principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores		
Giro de la empresa	Domicilio del lugar de trabajo		
Alguna otra ocupación	Describa en qué consisten sus labores	Empresa en que desempeña sus labores	
Domicilio particular			
Calle y número exterior	Número interior	Colonia	
Ciudad o población	Municipio	Estado	Código postal
Teléfono particular	Teléfono oficina	Correo electrónico	
Datos del contratante			
Nombre y/o razón social (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)			
Relación con el solicitante	RFC con homoclave	CURP	
Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)	Correo electrónico	Teléfono particular



Solicitud de Seguro Básico Estandarizado Vida Individual

Solicitud No. [REDACTED]

Domicilio particular				
Calle y número exterior		Número interior		Colonia
Ciudad o población	Municipio	Estado	Código postal	
Datos del plan				
Nombre del plan Temporal a 5 años renovable	Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir solo una opción <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$200,000 <input type="checkbox"/> \$300,000			Forma de pago Anual
Datos de los beneficiarios				
Nombre de los beneficiarios		Parentesco (para efectos de identificación)		% Participación de la Suma Asegurada
Otros seguros de vida				
Esta información no facilita a la Institución para resarcir el contrato de seguro.				
¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más, que sean voluntarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Seguros expedidos (en vigor o cancelados):				
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual



Solicitud de Seguro Básico Estandarizado Vida Individual

Solicitud No. [REDACTED]

Cuestionario médico

Peso: _____ kg. Talla: _____ cm. Fuma: Sí No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. Diabetes Sí No
2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma Sí No
3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus Sí No
4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática Sí No
5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón Sí No
6. Insuficiencia renal o pancreatitis Sí No
7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral Sí No
8. VIH, Sida o seropositivo al VIH Sí No

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

Autorización (de interés para el solicitante, debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso, para que proporcionen a AXA Seguros, aun cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudio de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que AXA Seguros lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a AXA Seguros la información de su conocimiento y que a su vez AXA Seguros, proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

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, el cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad Integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo que AXA trate mis datos financieros y patrimoniales, así como los datos personales sensibles para las finalidades mencionadas. Reconozco que este consentimiento se completa 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.

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.

Firma del contratante	Firma del solicitante	Lugar y fecha:



Solicitud de Seguro Básico Estandarizado Vida Individual

Solicitud No. [REDACTED]

Para aspectos internos de la Compañía

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mi domicilio y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del(s) agente(s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del promotor	Porcentaje	Clave
¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Firma del agente	

Para cualquier aclaración o duda no resuelta con relación a su seguro, contacte a la unidad especializada de nuestra Compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 800 737 7663 (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 escríbanos a axasoluciones@axa.com.mx; o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762, col. Del Valle, México, CDMX, C.P. 03100 - Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx

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 cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de mayo de 2022, con el número CNSF-S0048-0096-2022 / CONDUSEF 005255-02.