

PRODUCTOS EMPRESAS

Protegemos y acompañamos a nuestros asegurados en el momento que más nos necesiten. Nuestro producto ofrece protección dentro del territorio nacional con opción a ampliar la cobertura al extranjero.

Coberturas principales

Ofrecemos una amplia gama de coberturas y beneficios para todos nuestros asegurados



Honorarios médicos

Cubre los honorarios por la atención de un padecimiento.



Gastos hospitalarios

Cubre los gastos generados por la atención durante una hospitalización.



Coberturas de recién nacido

Cubre el tratamiento médico y quirúrgico desde el nacimiento.

LÍNEA HOSPITALARIA PARA EMPRESAS

Protegemos y acompañamos a nuestros asegurados en el momento que más nos necesiten. Nuestro producto ofrece protección dentro del territorio nacional con opción a ampliar la zona cobertura en el extranjero.

Beneficios

Respaldamos la salud de nuestros asegurados en todo momento.

- Beneficio de Atención Médica

Brindamos acceso a consultas médicas virtuales o presenciales en nuestras Clínicas Médicas AXA Keralty con costos preferentes.

- +Care

Nuestro programa sin costo adicional que brinda acompañamiento a nuestros asegurados con padecimientos oncológicos, cardiovasculares complejos y ortopédicos.

- Acompañamiento 24/7

Servicio de atención remota para nuestros asegurados hospitalizados para brindar acompañamiento, asesoría y soporte administrativo vía telefónica desde el ingreso y hasta el alta hospitalaria.

Asistencias



Tu médico 24h

Asistencia médica telefónica las 24 horas, los 365 días.



Protección Dental

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



Protección Visión

Completa la protección con este beneficio que ofrece examen de la vista sin costo, descuento en armazones, lentes graduados o de contacto, etc.

COBERTURAS BÁSICAS

- Honorarios médicos

Cubre los honorarios por la atención de un padecimiento.

- Gastos hospitalarios

Se cubrirán los gastos generados por la atención durante una hospitalización.

- Cobertura del recién nacido

Desde el nacimiento cubre el tratamiento médico y quirúrgico.

- Prácticas Amateur de Deporte

Cubre las lesiones generadas por la práctica ocasional y no profesional de cualquier deporte.

COBERTURAS ADICIONALES

- Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)

Amplía la zona de cobertura por los gastos derivados de la atención recibida estando en el extranjero.

- Servicios de Asistencia Médica

Ofrece servicios como traslado médico, repatriación o traslado a domicilio, localización y reenvío de equipaje.

- Cobertura de Maternidad

Cubre los gastos por tratamientos o intervención quirúrgica para atender el parto o cesárea.

- Paquetes de Beneficios Adicionales

Incluye protección en caso de accidente, gastos funerarios por fallecimiento del titular y asistencias en el extranjero.





Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Instrucciones:

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

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



Programación inicial o complementaria

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

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

Para programación de cirugía, favor de completar esta sección

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

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

Fecha tentativa de programación de cirugía: Día Mes Año

Nombre del Médico que realizará la cirugía:

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

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

¿Qué síntomas ha presentado?

En caso de haber ocurrido un accidente indicar lo siguiente:

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

b. Fecha del accidente: Día Mes Año

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

Fecha de inicio de tratamiento: _____

¿Qué síntomas ha presentado?



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Programación de Servicios Médicos

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



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Programación de Servicios Médicos

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

Datos personales

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

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

Transferencia de datos a terceros

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

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

Sí acepto

Firma del Asegurado:

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

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:

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

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:



Instrucciones:

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

Información general de la Póliza

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

Datos del Asegurado afectado

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

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

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

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

Contacto 1			
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente			
Apellido paterno:		Apellido materno:	
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):	
Tel. celular (con clave de ciudad):			



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

 Sí acepto**Firma del Asegurado:**

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

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

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

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

¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí No

Nombre de la compañía:

Suma Asegurada:

No. de Póliza:

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



Instrucciones:

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

Información general

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

Datos del Asegurado afectado

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

Edad:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				

RFC: _____ CURP: _____

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

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

Código postal:	Alcaldía o municipio:	Población o ciudad:	Estado:
_____	_____	_____	_____
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Tel. celular (con clave de ciudad):	

Exclusivo para personas físicas

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos.

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

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

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia?
Sí No En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:	Parentesco o vínculo:
---	-----------------------



**Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Reembolso**

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



Desglose de medicamentos reclamados

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

Beneficiario del pago

Nombre: _____

Asegurado Contratante Padre, Madre o Tutor

Otro, justificación: _____

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

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

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



Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación

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

Datos personales

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

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

Autorizo la publicación de mi diagnóstico en la carta respuesta.

Transferencia de datos a terceros

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

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

Sí acepto

Firma del Asegurado:

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

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:

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

Sí acepto

No acepto

Firma del Asegurado:

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

--	--	--

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

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



Directions

1. This form should be fully completed. Please print legibly in black ink.
2. This form will not be valid in case of erasures or overwriting, it will be submitted in original.
3. AXA Seguros will be released from any liability in case of misrepresentation or misstatement in the medical information provided in this form.
4. This form is to be updated every 6 months or every time the treating physician is changed or the medical treatment or medical condition changes.
5. Every treating physician or consulting physician will be required to complete a medical report.

Place:		Date:		Month	Day	Year
General Information						
Data of the concerned Insured (patient)						
Paternal surname:		Maternal surname:		First name(s):		
Age:	Date of birth:	Month	Day	Year	Sex:	
					<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Height: Weight: Blood pressure:						
Reason for seeking medical care						
<input type="checkbox"/> Illness		<input type="checkbox"/> Accident		<input type="checkbox"/> Maternity		<input type="checkbox"/> Second medical opinion
Place of Service						
<input type="checkbox"/> Emergency Room		<input type="checkbox"/> Inpatient		<input type="checkbox"/> Short stay/outpatient		<input type="checkbox"/> Office visit
Past Medical History						
Pathological history (please specify the onset date of illness or how long since you got ill mm/dd/yyyy):				Non-pathological history (please specify frequency, quantity and for how long)		
<input type="checkbox"/> Heart condition _____ <input type="checkbox"/> High blood pressure _____				<input type="checkbox"/> Does the patient smoke?		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus _____ <input type="checkbox"/> HIV/AIDS _____				<input type="checkbox"/> Does the patient drink alcohol?		
<input type="checkbox"/> Cancer _____ <input type="checkbox"/> Liver condition _____				<input type="checkbox"/> Does the patient do drugs?		
<input type="checkbox"/> Seizures _____ <input type="checkbox"/> Other condition _____						
Obstetrics and Gynecology history				Perinatal history (evolution, complications, treatments)		
Gestation _____ Deliveries _____ Abortions _____ Cesarean Sections _____						
Date of the last menstruation:		Month	Day	Year		
Did you undergo infertility treatment?						
Time of evolution:		Time of evolution:				
Referred by another physician or medical unit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Who/which? _____						
Diagnosis						
Current medical condition (main signs, symptoms and evolution details):						



Date of medical condition:	Month	Day	Year	Date of diagnosis:	Month	Day	Year		
<input type="checkbox"/> Congenital	<input type="checkbox"/> Acquired	<input type="checkbox"/> Acute	<input type="checkbox"/> Chronic	Time of evolution _____					
Cause or etiology of medical condition (in case of accident, describe when, how and place of injury occurrence): 									
Is there any relationship with other medical condition? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Which? _____									
Did the medical condition cause any disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Total		From:	Month	Day	Year	To:	Month	Day	Year
Diagnosis, (stating whether unilateral or bilateral, right or left): 									
ICD Code:	Is it cancer: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				TNM stage: _____				
Physical Examination: 									
Laboratory and Radiological Data: 									
Plan or treatment									
Proposed treatment (surgical, non-surgical):						Date of Surgery: Month Day Year			
Inpatient date:		Month	Day	Year	Discharge date:		Month	Day	Year
Days during which medical care was provided:									
Where will the procedure will be performed? <input type="checkbox"/> Doctor's office <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Imaging center <input type="checkbox"/> Other Specify: _____									
Provider Name: 									
Was a histopathologic study conducted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
Describe the results of the study: 									



Did complications arise? Yes No

Describe the complications:

Will the Insured continue to get treatment in the future? Yes No

Plan or treatment:

Other treatments and/or materials, equipment and/or biological/monitoring

Specify treatment (Chemotherapy cycles, physical therapy sessions, number of rounds/sessions, quantity, frequency and how long):

Scheduling of rounds of chemotherapy or radiation therapy sessions (should more than 10 drugs are prescribed, please fill out another form)

#	Name and presentation of the drug (e.g. acetaminophen 100 mg)	Quantity (e.g. 1 tablet)	Frequency (e.g. every 24 hours)	How long (e.g. For one month)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Scheduling of physical therapy sessions

Days: _____ Number of sessions: _____

Home care

Days required: _____ Morning Evening Night 24 hours

Name of medicines:



In case of immunotherapy, biological therapy, etc., justify the treatment:

List of materials used or that will be used during surgery and/or special equipment (monitor, Da Vinci or others):

Type of therapy:

Certificate of specialization:

Evolution detail:

Comments

If there is any additional comment, please include them here:

Physician information

Physician or specialist

Type of participation	
Name	
Specialty	
Board member ID	
Address	
Phone number	



Signature of the Physician	Place and date

In case of reimbursement and/or service scheduling, the Insured must fill out the following section:

Personal Data

AXA Seguros S.A. de C.V. (AXA), with address at Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, Mexico City, will process your personal data to comply with the Insurance Contract and all other purposes stated in the full privacy notice at axa.mx under the Privacy Notice section.

I authorize my personal data, both my financial and assets information, to be processed and transferred for the purpose of complying with the Insurance Contract and all other purposes stated in the Privacy Notice.

Transfer of Data to third parties

To be filled in by the concerned Insured, or in the absence thereof by the parents or guardians in case the Insured is a minor.

I authorize AXA to process my sensitive personal data and to transfer them to physicians in Mexico and/or abroad as well as to medical service providers with whom it has entered into an agreement for the purpose of complying with the obligations deriving from the Insurance Contract.

Yes, I do Signature of the Insured: _____
 No, I do not

I authorize AXA Seguros S.A. de C.V., upon my registration to any of the programs included in the major medical expenses insurance policy, to transfer my sensitive personal data to specialized physicians in Mexico and/or abroad as well as to service providers, so they offer me assistance services for a specific follow-up of my medical condition and so I can request a second medical opinion and, if applicable, so they offer me alternatives for the treatment of my illness

Yes, I do Signature of the Insured: _____
 No, I do not

This translation is only a courtesy, for any situation related to its content the version in its original language (Spanish) will prevail for all contractual and legal effects.



Instrucciones

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

Lugar:	Fecha:						
Información general							
Datos del Asegurado afectado (paciente).							
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):					
Edad:	Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Talla:	Peso:			
Tensión arterial:							
Motivo de la atención médica							
<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Maternidad			
				<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica			
Tipo de estancia							
<input type="checkbox"/> Urgencia		<input type="checkbox"/> Hospitalización		<input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria			
				<input type="checkbox"/> Consultorio			
Antecedentes médicos							
Antecedentes patológicos (especificar fecha de inicio o tiempo con el padecimiento dd/mm/aaaa):			Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo):				
<input type="checkbox"/> Cardiacos: _____		<input type="checkbox"/> Hipertensivos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Fuma? _____			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: _____		<input type="checkbox"/> VIH/SIDA: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consumo bebidas alcohólicas? _____			
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____		<input type="checkbox"/> Hepáticos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? _____			
<input type="checkbox"/> Convulsivos: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____			
Antecedentes gineco-obstétricos.			Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos).				
Gestación: _____		Partos: _____		Abortos: _____ Cesáreas: _____			
Fecha de última menstruación:		Día	Mes	Año			
Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____							
Tiempo de evolución: _____		Tiempo de evolución: _____					
Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____							
Diagnóstico(s)							
Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):							
Fecha de padecimiento:	Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico:	Día	Mes	Año
Tipo de padecimiento:					Tiempo de evolución:		
<input type="checkbox"/> Congénito		<input type="checkbox"/> Adquirido		<input type="checkbox"/> Agudo		<input type="checkbox"/> Crónico	



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

Tiene relación con otro padecimiento: Sí No

¿Cuál? _____

El padecimiento ocasionó incapacidad:

Sí No Parcial Total

Desde: _____

Hasta: _____

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

Código ICD: _____

Es cáncer: Sí No

Escala TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

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

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):

Fecha de cirugía:

Día Mes Año

Fecha de hospitalización:

Día Mes Año

Fecha de alta:

Día Mes Año

Días que se brindó atención médica:

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

Consultorio Hospital Gabinete Otro Especifique: _____

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

Se realizó estudio histopatológico: Sí No

Describa el resultado del estudio histopatológico:



Se presentaron complicaciones: Sí No

Describa las complicaciones:

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro: Sí No

Describa el tratamiento:

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

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

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

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

Programación de sesiones de rehabilitación física

Días: _____ No. de sesiones: _____

Se requiere servicio de enfermería

Días requeridos: _____ Matutino Vespertino Nocturno 24 horas

Nombre de medicamentos:



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

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

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

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

Datos del médico

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



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



Ramo		Fecha	Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión		De: Territorial			
Datos del asegurado					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
Domicilio		No. exterior		No. interior	
Calle					
Colonia		Alcaldía o municipio			Código postal
Población o ciudad	Estado	Correo electrónico			
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
Datos del agente					
Agente actual				Clave	
Promotor actual				Clave	
Agente nuevo				Clave	
Promotor nuevo				Clave	
Solicito que, a partir de esta fecha, el agente de seguros que tenía asignado deje de atender mi póliza debido a:					
<input type="checkbox"/> Falta de seguimiento por parte del agente actual <input type="checkbox"/> Traspaso de cuentas <input type="checkbox"/> Fallecimiento del agente actual					
<input type="checkbox"/> Otro, especificar:					
Por lo tanto, solicito que, a partir de este momento, mi nuevo agente me proporcione el servicio que requiero.					
Nota: la compañía podrá contactar al cliente para validar la solicitud de cambio.					
Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del asegurado (licencia, pasaporte o credencial de elector).					
Firma del agente actual	Firma del promotor actual		Firma del asegurado		
Firma del agente nuevo	Firma del promotor nuevo		Firma del director de oficina Vo.Bo.		
Nota: este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la póliza de acuerdo con las políticas establecidas.					



Ramo		Fecha	Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión		De: Territorial			
Datos del asegurado					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
Domicilio		No. exterior		No. interior	
Calle					
Colonia		Alcaldía o municipio			Código postal
Población o ciudad	Estado	Correo electrónico			
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
Datos del agente					
Agente actual				Clave	
Promotor actual				Clave	
Agente nuevo				Clave	
Promotor nuevo				Clave	
Solicito que, a partir de esta fecha, el agente de seguros que tenía asignado deje de atender mi póliza debido a:					
<input type="checkbox"/> Falta de seguimiento por parte del agente actual <input type="checkbox"/> Traspaso de cuentas <input type="checkbox"/> Fallecimiento del agente actual					
<input type="checkbox"/> Otro, especificar:					
Por lo tanto, solicito que, a partir de este momento, mi nuevo agente me proporcione el servicio que requiero.					
Nota: la compañía podrá contactar al cliente para validar la solicitud de cambio.					
Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del asegurado (licencia, pasaporte o credencial de elector).					
Firma del agente actual	Firma del promotor actual		Firma del asegurado		
Firma del agente nuevo	Firma del promotor nuevo		Firma del director de oficina Vo.Bo.		
Nota: este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la póliza de acuerdo con las políticas establecidas.					



Ramo		Fecha	Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión		De: Territorial			
Datos del asegurado					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
Domicilio		No. exterior		No. interior	
Calle					
Colonia		Alcaldía o municipio			Código postal
Población o ciudad	Estado	Correo electrónico			
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
Datos del agente					
Agente actual				Clave	
Promotor actual				Clave	
Agente nuevo				Clave	
Promotor nuevo				Clave	
Solicito que, a partir de esta fecha, el agente de seguros que tenía asignado deje de atender mi póliza debido a:					
<input type="checkbox"/> Falta de seguimiento por parte del agente actual <input type="checkbox"/> Traspaso de cuentas <input type="checkbox"/> Fallecimiento del agente actual					
<input type="checkbox"/> Otro, especificar:					
Por lo tanto, solicito que, a partir de este momento, mi nuevo agente me proporcione el servicio que requiero.					
Nota: la compañía podrá contactar al cliente para validar la solicitud de cambio.					
Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del asegurado (licencia, pasaporte o credencial de elector).					
Firma del agente actual	Firma del promotor actual		Firma del asegurado		
Firma del agente nuevo	Firma del promotor nuevo		Firma del director de oficina Vo.Bo.		
Nota: este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la póliza de acuerdo con las políticas establecidas.					



Gastos Médicos Mayores Colectivo
Solicitud de cambio de contratante

Nota importante: para cualquier cambio es necesario que consultes con tu agente los procesos vigentes de selección y emisión.

Información de la Póliza						
Número de Póliza	Fecha de solicitud Día Mes Año			Folio Pegaso		
Nombre completo del Contratante actual						
Cambio de Contratante						
Nuevo Contratante						
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Otro(a): _____				Clave de uso CFDI		
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social						
RFC o número de identificación fiscal (NIF)			CURP			
País de nacimiento	Estado de nacimiento	Régimen Capital		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año	Nacionalidad(es)			
Correo electrónico			Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión	
Domicilio		Número exterior		Número interior	Colonia	
Calle	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad		Estado	Tel. particular
Para personas morales					Folio mercantil	
Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)						
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera						
Domicilio		Número exterior		Número interior		Colonia
Calle						Código postal
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono
Número de Identificación Fiscal (NIF)						
El nuevo Contratante acepta y reconoce como propios los derechos y obligaciones derivados del Contrato de Seguro relacionado con la presente solicitud a partir de la aceptación de la misma por parte de la Compañía, en virtud de su carácter de Contratante conforme a las condiciones generales de la póliza.						



Nota importante

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. Asimismo, hago constar que, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, puedo consultar 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, al efecto, indico en el apartado "Datos de Contratante" de esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción: _____ "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico".

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

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

Certificación del agente o 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.

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, o bien, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos.

Sí No

En caso afirmativo, mencione nombre completo _____

Puesto desempeñado _____

Relación con el participante _____

Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?: Sí No

¿Es usted quién pagará la prima?: Sí No

En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo.

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, y llenar el Formato único respectivo para esa persona.

Aviso de privacidad

Autorizo que 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, lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo mis datos personales financieros, patrimoniales y sensibles para mi solicitud de cambio de contratante y todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual, que tengamos celebrada y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puedo consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad, asimismo, autorizo la transferencia de dichos datos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y las entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente, por lo que la firma de este documento sirve como mi manifestación expresa de esta autorización.

Firma del Contratante actual	Firma del agente	Firma del nuevo Contratante	Lugar y fecha

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de Julio de 2024, con el número CGEN-S0048-0043-2024/CONDUSEF-G-01333-001.



Información de la póliza

Póliza			Número de póliza anterior			Folio	
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación							
Fecha de solicitud		Día	Mes	Año			
Vigencia*		*Debe cumplir con las políticas internas					
Desde las 12 horas	Día	Mes	Año	Hasta las 12 horas	Día	Mes	Año

Datos del Contratante

Régimen fiscal				Clave de uso CFDI			
<input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Otro(a): _____							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social							
RFC o número de identificación fiscal (NIF)				CURP			
País de nacimiento	Estado de nacimiento	Régimen Capital				Sexo	
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día	Mes	Año	Nacionalidad(es)		
Correo electrónico				Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión
Domicilio			Número exterior	Número interior	Colonia		
Calle							
Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad		Estado	Tel. particular		

Para personas morales

Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)				Folio mercantil
---	--	--	--	-----------------

Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera

Domicilio		Número exterior	Número interior	Colonia	Código postal
Calle					
Población o ciudad		Estado		País	Teléfono

Número de Identificación Fiscal (NIF)

Plan

Producto	Dividendos (solo Experiencia Propia)	Administración de la póliza (reportes de altas y bajas)	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Línea Hospitalaria <input type="checkbox"/> Tabla de Procedimientos Terapéuticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ %	<input type="checkbox"/> Normal, con cobro en el momento <input type="checkbox"/> Autoadministrado, con ajustes (solo Experiencia Global, más de 100 asegurados)	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco

Dividendos (observaciones):



Línea Hospitalaria (llenar en caso de haber elegido este producto)

	Actual/Vigente	Solicitado
Nivel hospitalario		<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Magno
Suma asegurada	_____UMAM	_____UMAM
Tabulador		
Deductible	_____UMAM	_____UMAM
Coaseguro	_____ %	_____ %
Tope de coaseguro	_____UMAM	_____UMAM

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual

Coberturas opcionales con costo Experiencia Propia

<input type="checkbox"/> Cobertura de Atención médica en el extranjero (CAME)		
Suma asegurada		<input type="checkbox"/> 250,000 USD <input type="checkbox"/> 500,000 USD
Deductible		<input type="checkbox"/> 250 USD <input type="checkbox"/> 500 USD
Coaseguro		20%

Coberturas opcionales con costo Experiencia Global

<input type="checkbox"/> Ayuda por Maternidad (MATE)		<input type="checkbox"/> 10 UMAM <input type="checkbox"/> 15 UMAM <input type="checkbox"/> 20 UMAM
<input type="checkbox"/> Preexistencia (PREE)		<input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 0 meses*
<input type="checkbox"/> Pago de Complementos (COMPL)		
<input type="checkbox"/> Cobertura Nacional (CONA)		
<input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero (EMER)		
<input type="checkbox"/> Atención Médica en el Extranjero (ATEX)		<input type="checkbox"/> 500,000 USD <input type="checkbox"/> 1,000,000 USD <input type="checkbox"/> Suma Asegurada CB
<input type="checkbox"/> Deductible Cero por Accidente (DED0)		

Coberturas opcionales con costo ambas experiencias

<input type="checkbox"/> Paquete de beneficios adicionales		
<input type="checkbox"/> Plan dental		
<input type="checkbox"/> Check up		
<input type="checkbox"/> Fondos especiales		



Tabla de Procedimientos Terapéuticos (llenar en caso de haber elegido este producto)

	Actual/Vigente	Solicitado
Honorarios quirúrgicos		<input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/> GUA
Suma asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____ %	_____ %
Coberturas opcionales con costo	Actual/Vigente	Solicitado
<input type="checkbox"/> Ambulancia aérea		
<input type="checkbox"/> Cobertura de Parto normal		
Suma asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Urgencia médica en el extranjero		
Suma asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cobertura de Gastos médicos complementarios		
Suma asegurada	_____	_____
Deducible	_____	_____
Coaseguro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Protección dental		
<input type="checkbox"/> Asistencia visión		
<input type="checkbox"/> Check up		
<input type="checkbox"/> Fondos especiales		

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual

GUA: Gasto Usual y Acostumbrado

Cobertura de Gastos médicos complementarios*

*Esta cobertura solo se cubre en estudios de Experiencia Propia y de acuerdo con las políticas vigentes de la compañía.

En caso de contratar la cobertura de Gastos médicos complementarios, favor de contestar y anexar la siguiente información:

Periodo de reporte de siniestralidad:								Monto total pagado	¿Incluye IVA?
Fecha inicial	Día	Mes	Año	Fecha final	Día	Mes	Año		

En archivo formato .xls deberá anexar la información a detalle de la siniestralidad a nivel reclamación (cada uno de los pagos efectuados por el siniestro en el periodo reportado), incluyendo al menos los siguientes datos: nombre completo del integrante afectado, sexo, edad o fecha de nacimiento, fecha de primer gasto, fecha de registro, padecimiento o diagnóstico, número de siniestro, monto pagado, fecha del último pago y suma asegurada con la que se aperturó el siniestro.



Características de la colectividad asegurable

Características de la colectividad: Con relación laboral Sin relación laboral

Garantiza prestaciones u obligaciones: Sí No

Los integrantes se adhieren a la solicitud de seguro por: Prestación laboral Voluntario

¿Quién proporciona los recursos para el pago de las primas?

Prestación al 100%	
Empleado o asegurado	
Dependientes económicos	

% de contribución		Total
Patrón o Contratante	Empleado o asegurado	
		100%
		100%

La participación mínima del patrón será de 51%.

Población total de la colectividad	Número de titulares (tales como trabajadores y/o empleados)	Número de dependientes económicos (tales como cónyuge, hijos y/o madre, y/o padre)	Número de personas a asegurar

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, sexo, 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.

Nota importante

Se previene al Contratante y al Solicitante que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o del Beneficiario, en su caso. Enterado de lo que antecede y, para efecto de esta solicitud de seguro, el Contratante o cualquiera de los Solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si esta lo estima conveniente.

Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que ha dado personalmente todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, que son verídicas y están completas; asimismo, conviene en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias para el Contrato de seguro solicitado y en que constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

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. Asimismo, hago constar que, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, puedo consultar 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 al efecto indico en el apartado "Datos de Contratante" de esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción: _____ "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico".



Nota importante (continuación)

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

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

Certificación del agente o 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.

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, o bien, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos.

Sí No

En caso afirmativo, mencione nombre completo _____

Puesto desempeñado _____

Relación con el participante _____

Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?: Sí No

En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo.

¿Es usted quién pagará la prima?: Sí No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, y llenar el Formato único respectivo para esa persona.

Aviso de privacidad

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas 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 de 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".

Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas, así como la transferencia de dichos datos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y las entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente. La firma de este documento servirá como manifestación expresa de dicha autorización, en caso contrario manifestarlo.

Serán tratados sus datos personales, para finalidades secundarias establecidas en el aviso de privacidad, por lo que, si usted se opone al tratamiento para dichas finalidades secundarias, deberá indicarlo a través del procedimiento establecido en el Aviso de Privacidad.

Le informamos que usted tiene en todo momento los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición) al tratamiento de sus datos personales, a través del procedimiento establecido en el aviso de privacidad. En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepta su obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad Integral.

Autorizo la transferencia de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud o los derivados de la relación jurídico contractual a mi agente de seguro o bróker para el seguimiento de mi póliza, así como compartir la siniestralidad de la misma.

Nombre y firma del cliente o del representante legal o el propio	Lugar y fecha



Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? * Sí No
En caso negativo, requisitar el Formato único correspondiente.

Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)

Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente

Datos de agente (aspectos internos de la compañía)

	Número de agente	Nombre del agente	Comisión	Centro de contribución	Cesión de comisión
Agente 1			%		%
Agente 2			%		%

Firma del Contratante o representantes legales	Firma del agente	Lugar y fecha

Quejas

1. Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)	2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)
<p>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 o llame a los teléfonos 800 737 7663 (opción 1) y 55 5169 2746 (opción 1) desde la Ciudad de México, en un horario 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</p> <p>Asimismo, puede dirigirse a la Condusef en av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, C.P. 03100, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o contactar a través de los teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 80 80 o al correo asesoria@condusef.gob.mx</p>	<p>Si tienes alguna queja, comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: 55 53 40 0999 Interior de la República: 800 999 8080 Dirección: av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, alcaldía Benito Juárez, 03100, CDMX, México.</p> <p>Para consultar las oficinas de atención en el resto del país, visita www.condusef.gob.mx</p> <p>Registro de comentarios en asesoria@condusef.gob.mx</p>

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 15 de mayo de 2024, con el número CGEN-S0048-0033-2024/CONDUSEF-G-01617-001.