

## PLANPROTEGE VIDA

**Contribuye a la tranquilidad de los colaboradores respaldándolos ante situaciones delicadas que se pueden presentar en la vida.**

### Beneficios

Seguro enfocado en pequeñas y medianas empresas (PyMES).

- Anticipo por fallecimiento

En caso de fallecimiento del titular, los familiares pueden solicitar un anticipo económico.

- Anticipo por enfermedad grave

Si a tu colaborador le detectan una enfermedad terminal, le anticipamos un porcentaje de la suma asegurada.

- 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 24 horas®

Asistencia médica telefónica las 24 horas, los 365 días.



#### Asistencia funeralia

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



#### Consultoría y asistencia legal

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

### Coberturas básicas

#### Fallecimiento

**Proporciona apoyo económico a las familias de los empleados. En caso de fallecimiento, pagaremos la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados**

#### Coberturas adicionales

- Muerte accidental

Los beneficiarios reciben una suma asegurada adicional a la contratada por fallecimiento.

- Pérdidas orgánicas por accidente

Si el asegurado sufre una pérdida orgánica, le pagaremos un porcentaje de la suma asegurada.

- Invalidez total y permanente

Si el asegurado sufre invalidez total y permanente, lo indemnizaremos con la suma asegurada vigente.

- Seguro saldado por invalidez total

Si el asegurado se invalida permanente y totalmente, le pagaremos en una sola exhibición la suma asegurada.



## 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.

<b>Datos generales del Fideicomiso</b>				
<input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor de Recursos <input type="checkbox"/> Otro: _____				
<b>Datos de Identificación</b>				
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
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado
Teléfono de contacto		Indicar si realiza actividades vulnerables <sup>1</sup>		Patrimonio Fideicomitido
Correo electrónico				
<b>Participantes del Fideicomiso</b>				
<b>Miembros del Comité Técnico u Órgano equivalente</b>				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Nombre completo del(s) Propietario(s) Suplente(s)		
<b>Fideicomisarios</b>		<b>Fideicomitentes</b>		
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Monto de aportación de los Fideicomitentes
<b>Representantes y Apoderados legales</b>		<b>Delegados Fiduciarios</b>		
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		



## Formato de identificación Fideicomisos

### Persona(s) física(s) que ejerce(n) el control directa o indirectamente

(Llenar el formato único para cada una de las personas físicas indicadas en esta sección)

Adicionalmente, declaro que la(s) siguiente(s) persona(s) física(s), en lo individual, poseen o controlan un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto del Fideicomiso, o bien, tienen control<sup>2</sup> directo o indirecto del Fideicomiso (para estos fines, dichas personas serán consideradas como Propietarios Reales<sup>3</sup> de acuerdo con lo previsto en las Disposiciones):

Nombre(s) y apellidos (paterno y materno)	Nacionalidad	RFC con homoclave (extranjeros TIN o equivalente)	Cargo o Posición

<sup>1</sup>Actividades vulnerables: aquellas que están establecidas en el artículo 17 de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita.

<sup>2</sup>Control: se considera a la capacidad de una persona o grupo de personas, a través de la propiedad de valores, por la celebración de un contrato o por cualquier otro acto jurídico, para: (i) imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea general de accionistas o de socios o en el órgano de gobierno equivalente de una persona moral; (ii) nombrar o destituir a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral; (iii) mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral; o (iv) dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral. Se entenderá que ejerce control aquella persona física que directa o indirectamente, adquiera el 25% o más de la composición accionaria o del capital social de una persona moral.

<sup>3</sup>Propietario Real: persona física que, no siendo el Cliente o Beneficiario, por medio de otra o de cualquier acto o mecanismo, obtiene los beneficios derivados de un contrato u operación, y es quien, en última instancia, ejerce los derechos de uso, disfrute, aprovechamiento o disposición de los recursos, esto es, como el verdadero dueño de los recursos. Comprende a las personas que ejerzan el control sobre una persona moral, así como, en su caso, a las personas que puedan instruir o determinar, para beneficio económico propio, los actos susceptibles de realizarse a través de Fideicomisos, mandatos o comisiones.

\*Campos opcionales.

### Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Para los participantes del Fideicomiso: 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

Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público	Puesto desempeñado
--	--------------------

Relación

¿Es usted quien pagará o comprará el bien inmueble? 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 llenar el Formato único respectivo:
---

¿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 respectivo:
--



## Formato de identificación Fideicomisos

### 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 (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 complemenenten, 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.

Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en [axa.mx](http://axa.mx) en la sección "Aviso de privacidad".

Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.

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 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 <sup>1</sup>	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	día	mes	año
Nacionalidades(es)	Domicilio o Domicilio Fiscal*			No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal*	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Para personas morales Nombre(s) del (de los) apoderado(s) legal(es)			
Régimen fiscal*	Régimen capital*	Clave de uso de CFDI			

### Datos de la Identificación

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

¿Es usted quien pagará la prima? Sí  No

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

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

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

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

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

Nombre completo del Agente	No. Agente	Firma del Agente
----------------------------	------------	------------------

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/ contractual que tengamos 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](http://axa.mx) en la sección "Aviso de Privacidad".

Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.

Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización.

Reconozco que haré del conocimiento de los titulares que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Nombre y firma del cliente o del representante legal	Lugar y fecha
--	---------------

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

<sup>2</sup>Persona Políticamente Expuesta: es aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.

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



## 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

Contratante  Asegurado  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 Calle		No. exterior	No. interior
Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	
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  No

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  No

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](http://axa.mx) en la sección "Aviso de privacidad".

Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.

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.



Ramo		Fecha	Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión		De: Territorial			
<b>Datos del asegurado</b>					
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)	
<b>Datos del agente</b>					
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).					
<b>Firma del agente actual</b>	<b>Firma del promotor actual</b>		<b>Firma del asegurado</b>		
<b>Firma del agente nuevo</b>	<b>Firma del promotor nuevo</b>		<b>Firma del director de oficina Vo.Bo.</b>		
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			
<b>Datos del asegurado</b>					
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)	
<b>Datos del agente</b>					
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).					
<b>Firma del agente actual</b>	<b>Firma del promotor actual</b>		<b>Firma del asegurado</b>		
<b>Firma del agente nuevo</b>	<b>Firma del promotor nuevo</b>		<b>Firma del director de oficina Vo.Bo.</b>		
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			
<b>Datos del asegurado</b>					
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)	
<b>Datos del agente</b>					
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).					
<b>Firma del agente actual</b>	<b>Firma del promotor actual</b>		<b>Firma del asegurado</b>		
<b>Firma del agente nuevo</b>	<b>Firma del promotor nuevo</b>		<b>Firma del director de oficina Vo.Bo.</b>		
Nota: este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la póliza de acuerdo con las políticas establecidas.					