

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 funeraria

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



Consultoría y asistencia legal

Orientación legal telefónica y 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.

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

ENERO 2025



Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)		
Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (en adelante las "Disposiciones"), así como en lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., y de aquellas que la sustituyan o complementen, yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones. Asimismo, hago constar que los datos recabados fueron obtenidos directamente de los documentos señalados en las Disposiciones, haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.		
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 en la sección "Aviso de privacidad". <input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto. Reconozco que haré del conocimiento de los titulares que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.		
Nombre y firma del representante legal	Lugar y fecha	



Formato simplificado de identificación

Todos los datos generales para facturación deben de coincidir con tu CSF (Constancia de Situación Fiscal).

Participante en el Contrato

Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Propietario Real ☐

Datos Generales

Razón social o nombre completo del cliente (como aparece en su identificación oficial)		Correo electrónico	
RFC	CURP ¹	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	día mes año
Nacionalidades(es)	Domicilio o Domicilio Fiscal* Calle		No. exterior No. interior
Colonia	Código postal*	Alcaldía o municipio	Población o ciudad Estado
Tel. particular (con clave de ciudad)		Para personas morales Nombre(s) del (de los) apoderado(s) legal(es)	
Régimen fiscal*	Régimen capital*	Clave de uso de CFDI	

Datos de la Identificación

Emisor	Tipo	Clave
--------	------	-------

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

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral, hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta²: Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indicar el nombre completo: Relación y puesto desempeñado:

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

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

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

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

Entrevista con el cliente (exclusivo para Agentes de seguros)

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

Nombre completo del Agente	No. Agente	Firma del Agente

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

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

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

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

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

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

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

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



Formato de identificación Entidades, dependencias y sociedades*

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

Participante en el Contrato de seguro				
<input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario				
Datos Generales				
Razón social			Actividad u objeto social	
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero			No. de serie de la FIEL (si cuenta con ella)	
Domicilio fiscal		No. exterior	No. interior	Colonia
Calle				
Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad	Estado
Correo electrónico			Teléfono del domicilio	
Datos de facturación				
Régimen fiscal		Régimen capital		Clave de uso de CFDI
Nombre completo del administrador o administradores, director, gerente general o apoderado con cuya firma pueda obligar a la sociedad, dependencia o entidad para efectos de celebrar la operación de que se trate				
¿Es usted quien pagará la prima? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único respectivo:				
¿Actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso negativo, mencione el nombre completo del tercero por el que actúa, quien también deberá completar el Formato único respectivo:				
Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)				
Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como en lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., y de aquellas que las sustituyan o las completen, yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones.				
Nombre completo del agente		No. agente		Firma del agente
AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada o, en su caso, que se vaya a celebrar con usted y para demás finalidades previstas en el Aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección "Aviso de privacidad".				
<input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.				
Reconozco que haré del conocimiento de los titulares que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de privacidad integral.				
Nombre y firma del cliente o del representante legal			Lugar y fecha	

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

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

**Solicitud
de cambio de conducto**

Ramo		Fecha	Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión		De: Territorial		No. de Póliza	
Datos del asegurado					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
Domicilio		No. exterior	No. interior		
Calle		Alcaldía o municipio		Código postal	
Colonia					
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.					

Gerencia Emisión **A**

**Solicitud
de cambio de conducto**

Ramo		Fecha	Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión		De: Territorial		No. de Póliza	
Datos del asegurado					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
Domicilio Calle		No. exterior		No. interior	
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.					

Territorial **B**

**Solicitud
de cambio de conducto**

Ramo		Fecha		Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión		De: Territorial		No. de Póliza		
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.						

Asegurado