

## RESPALDO EMPRESARIAL

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

### Beneficios

Seguro dirigido a empresas privadas, instituciones de gobierno, asociaciones civiles, colegios, entre otras cosas.

- Beneficios adicionales sin costo:

Anticipo de hasta 30% de la suma asegurada en caso de enfermedad terminal. Anticipo inmediato de hasta 30% de la suma asegurada por fallecimiento.

- 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



### Tu médico 24 horas®

Asistencia médica telefónica las 24 horas, los 365 días. Sin costo para experiencia global.



### Asistencia funeraria

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



### GAID

Servicio de apoyo en ejecución de trámites administrativos no funerarios relacionados al deceso de una persona.



### Repatriación

Servicio disponible desde cualquier parte del mundo para todo lo relacionado con el transporte terrestre o aéreo del cuerpo.

## Coberturas básicas

- Fallecimiento

En caso de fallecimiento del titular o de los dependientes realizaremos el pago a los beneficiarios asignados, para hacer frente a los gastos por servicios funerarios.

- Enfermedades terminales

Si al asegurado le diagnostican una enfermedad terminal, puede solicitar un anticipo de la suma asegurada.

## Coberturas adicionales

- Muerte accidental

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

- Pérdidas orgánicas por accidente

Si el asegurado sufre una pérdida orgánica, pagaremos la suma asegurada establecida.

- Muerte Accidental Colectiva

Si el asegurado fallece a consecuencia de un accidentes transporte, ascensor o en un incendio, pagaremos la suma asegurada establecida.

- 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 permanentemente y totalmente, le otorgaremos una extensión del seguro de vida.

- Instantes de Vida

Indemnización en caso de enfermedades, eventos como el nacimiento o adopción de un hijo, desempleo involuntario y hospitalización



## 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 (\$)		<b>Domicilio</b> Calle	
No. exterior		No. interior			
Colonia	Código postal 	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Teléfono de contacto		Indicar si realiza actividades vulnerables <sup>1</sup>		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			



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 control2 directo o indirecto del Fideicomiso (para estos fines, dichas personas serán consideradas como Propietarios Reales3 de acuerdo con lo previsto en las Disposiciones):

Table with 4 columns: Nombre(s) y apellidos (paterno y materno), Nacionalidad, RFC con homoclave (extranjeros TIN o equivalente), Cargo o Posición. It contains 4 empty rows for data entry.

1Actividades 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.

2Control: 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.

3Propietario 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 [ ]

Table with 2 columns: 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 [ ] No [ ]

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:



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”.

☐ 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	
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 Expuesta<sup>2</sup>: 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

<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).

<b>Participante en el Contrato de seguro</b>				
<input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario				
<b>Datos Generales</b>				
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	
<b>Datos de facturación</b>				
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:				
<b>Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)</b>				
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.





Contratante \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_  
No. Póliza \_\_\_\_\_

Datos del Integrante				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Empleado No.	
RFC		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento		Ocupación o profesión		
Día   Mes   Año				
Correo electrónico		País de nacimiento		
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle				
Colonia	Población (alcaldía o municipio)		Estado	
Código postal		Teléfono (con clave de ciudad)		
Llenar estos datos en caso de ser extranjero				
Domicilio en su país de origen		No.	Colonia	Alcaldía o municipio
Calle				
Ciudad	Estado		País	Teléfono
Vigencia				
Fecha de inicio de vigencia del consentimiento:    Día _____ Mes _____ Año _____				
Fecha de término de vigencia del consentimiento:    Día _____ Mes _____ Año _____				
Tipo de afiliación: prestación laboral				
Coberturas amparadas				
Regla para determinar la Suma Asegurada				
a) Fallecimiento				Incluido



Beneficiarios

**Advertencia:** en el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada. Para coberturas de Pérdidas Orgánicas por Accidente e Invalidez Total y Permanente, en caso de haberse contratado y si el Integrante o Asegurado fallece sin haber recibido el pago de las coberturas, el importe de la Suma Asegurada contratada se pagará a su sucesión.

	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
1°				
2°				
3°				
4°				
5°				

Datos de los beneficiarios

	Calle, número interior, número exterior, colonia, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, código postal
1°	
2°	
3°	
4°	
5°	

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de Seguro de Grupo que el Contratante ha solicitado a AXA SEGUROS S.A. de C.V. de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza. Tengo conocimiento de que para ingresar al Seguro debo estar en servicio activo, y adquirir las características de asegurabilidad para tomar parte del mismo.

Mis datos serán tratados de conformidad con lo establecido en el Aviso de Privacidad Integral ubicado en [axa.mx](#), y para todos los fines del contrato de seguro.

Cruzar casilla que corresponda  
Sí ☐ No ☐



Otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente o intermediario de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares (solicitantes), acepto la responsabilidad y mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad, para su consulta.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México 55 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escríbanos a [axasoluciones@axa.com.mx](mailto:axasoluciones@axa.com.mx); o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México C.P 03100 - Tel. (55)5340 0999 y (800) 999 80 80, [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

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 18 de diciembre de 2024 con el número PPAQ-S0048-0068-2024 / CONDUSEF-006532-03.

Firma y sello del Contratante	Firma del Integrante del Grupo asegurado



Contratante \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_  
No. Póliza \_\_\_\_\_

Datos del Integrante				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Empleado No.	
RFC		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento		Ocupación o profesión		
Día   Mes   Año				
Correo electrónico		País de nacimiento		
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle				
Colonia	Población (alcaldía o municipio)		Estado	
Código postal		Teléfono (con clave de ciudad)		
Llenar estos datos en caso de ser extranjero				
Domicilio en su país de origen		No.	Colonia	Alcaldía o municipio
Calle				
Ciudad	Estado		País	Teléfono
Vigencia				
Fecha de inicio de vigencia del consentimiento:    Día _____ Mes _____ Año _____				
Fecha de término de vigencia del consentimiento:    Día _____ Mes _____ Año _____				
Tipo de afiliación: prestación laboral				
Coberturas amparadas				
Regla para determinar la Suma Asegurada				
a) Fallecimiento				Incluido



Beneficiarios

**Advertencia:** en el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada. Para coberturas de Pérdidas Orgánicas por Accidente e Invalidez Total y Permanente, en caso de haberse contratado y si el Integrante o Asegurado fallece sin haber recibido el pago de las coberturas, el importe de la Suma Asegurada contratada se pagará a su sucesión.

	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
1°				
2°				
3°				
4°				
5°				

Datos de los beneficiarios

	Calle, número interior, número exterior, colonia, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, código postal
1°	
2°	
3°	
4°	
5°	

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de Seguro de Grupo que el Contratante ha solicitado a AXA SEGUROS S.A. de C.V. de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza. Tengo conocimiento de que para ingresar al Seguro debo estar en servicio activo, y adquirir las características de asegurabilidad para tomar parte del mismo.

Mis datos serán tratados de conformidad con lo establecido en el Aviso de Privacidad Integral ubicado en [axa.mx](#), y para todos los fines del contrato de seguro.

Cruzar casilla que corresponda  
Sí ☐ No ☐



Otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente o intermediario de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares (solicitantes), acepto la responsabilidad y mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad, para su consulta.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México 55 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escríbanos a [axasoluciones@axa.com.mx](mailto:axasoluciones@axa.com.mx); o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México C.P 03100 - Tel. (55)5340 0999 y (800) 999 80 80, [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

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 18 de diciembre de 2024 con el número PPAQ-S0048-0068-2024 / CONDUSEF-006532-03.

Firma y sello del Contratante	Firma del Integrante del Grupo asegurado



## **CARTA CESIÓN Y ACEPTACIÓN DE CARTERA POR FALLECIMIENTO CUANDO EL CAUSAHABIENTE ES AGENTE**

Ciudad \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

AXA Seguros S.A. de C.V.  
Félix Cuevas 366, Piso 6  
Col. Tlacoquemecatl, C.P. 03200  
Ciudad de México

Por medio del presente documento informo a Usted que en virtud del Contrato de Comisión Mercantil celebrado entre AXA Seguros S.A. de C.V. y el Sr.(a) \_\_\_\_\_ con número de cédula \_\_\_\_\_, mismo que falleció designándome como causahabiente para recibir el 100% (cien por ciento) tanto de los derechos como de las obligaciones que se derivan de la cartera de pólizas de AXA Seguros intermediadas bajo su gestión como comisionista mercantil; manifiesto que ACEPTO tal designación y por ende asumo todos los derechos directos y derivados que correspondan.

Asimismo, manifiesto ser Agente de Seguros vigente con cédula número \_\_\_\_\_ y estar de acuerdo en que el saldo (a favor o en contra) que refleje la cuenta corriente del agente fallecido, sea traspasado a mi cuenta. Asimismo solicito se realicen los trámites administrativos que correspondan para el mantenimiento de la cartera.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Agente (Nombre y Firma)**

**Clave de Agente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Promotor Aceptante  
(Nombre y Firma)**

\_\_\_\_\_  
**Director Regional Aceptante  
(Nombre y Firma)**



Por medio de la presente autorizo **AXA Seguros, S.A. de C.V.** a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, American Express o mi cuenta de cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la póliza contratada.

<b>Póliza</b>	<b>No. de póliza en vigor</b> (en su caso)	<b>Ramo</b>	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Daños
<input type="checkbox"/> Nueva			<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores/Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Vida

Dichos montos deberán ser aplicados al siguiente instrumento bancario que a continuación se señala:

Banco	Cargo a:*	No. de cuenta (Débito cuenta de cheques)	Cuenta CLABE (Débito cuenta de cheques)	Número de Token (Escribir letras y números legibles, para cero: 0)	Venci- miento (Mes/ Año)
1° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch				

\*Cargo a: D= tarjeta débito, C= tarjeta crédito, Ch= cuenta de cheques.

Estoy enterado que la aseguradora renovará la póliza de seguro en forma automática a fin de no quedar desprotegido; sin embargo, podré solicitar la cancelación del contrato en cualquier momento. La cancelación de la póliza se realizará a partir de que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** reciba mi solicitud por escrito, cubriendo la prima por el periodo correspondiente.

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

- Cancelación del instrumento bancario no notificada a la aseguradora;
- Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la aseguradora;
- Por rechazo bancario;
- Cualquier otra causa establecida en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito.

De acuerdo con el párrafo anterior, me comprometo a mantener saldo suficiente para el pago del seguro contratado, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado, quedando enterado y conforme que esta póliza quedará cancelada por causas imputables al suscrito de acuerdo con lo previsto en las condiciones generales de la póliza contratada.

En este sentido y en el supuesto caso de que por cualesquiera causas mi(s) tarjeta(s) de crédito, débito o cuenta de cheques o sus respectivas reposiciones no operaran el (los) cargo(s) automático(s) antes descrito(s), me comprometo a pagar oportunamente su(s) importe(s) mediante las herramientas de pago oficiales de AXA.

Extiendo la presente autorización por tiempo de vigencia de la póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales; y por último, declaro estar enterado y de acuerdo en que los estados de cuenta bancarios operen como recibo comprobante del cobro efectuado y que en su caso me obligo a manifestar por escrito **AXA Seguros, S.A. de C.V.** y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

Atentamente,

**Nombre del tarjetahabiente/cuentahabiente**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)





Domicilio del tarjetahabiente/cuentahabiente			
Calle y No.		Colonia	C.P.
Municipio/Delegación	Estado	Tel.oficina	Tel.particular
Correo electrónico			
<b>Nota importante</b>			
<p>Estimado asegurado le recomendamos vigilar que en su estado de cuenta aparezca el cargo por la prima correspondiente al seguro que haya contratado y de acuerdo con la forma de pago pactada. En caso de que dicho cargo no aparezca en su estado de cuenta, o si de acuerdo con la forma de pago seleccionada después de aparecer el primer descuento se interrumpen los cargos a su cuenta, favor de notificar por escrito a su agente de seguros o a <b>AXA Seguros, S.A. de C.V.</b> mediante correo certificado o acuse de recibo entregados en el domicilio de la compañía, contenido en la carátula de póliza. En caso de que la compañía no reciba notificación por escrito del agente y/o asegurado y/o contratante de cualquier irregularidad y de no haberse realizado el cargo por concepto de pago de la prima correspondiente dentro del periodo establecido en las condiciones generales de la póliza contratada, la compañía procederá a la cancelación de la misma.</p>			
Lugar y fecha		Firma del tarjetahabiente/cuentahabiente	
<p><b>La presente carta autorización forma parte integrante de la solicitud del seguro y deberá obrar anexa a la misma, en caso contrario, se considerará bajo pago de conducto normal. Para complementar ésta es necesario que anexe copia de lo siguiente:</b></p> <p><b>IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE POR AMBOS LADOS.</b></p>			



Por medio de la presente autorizo **AXA Seguros, S.A. de C.V.** a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, American Express o mi cuenta de cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la póliza contratada.

<b>Póliza</b>	<b>No. de póliza en vigor</b> (en su caso)	<b>Ramo</b>	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Daños
<input type="checkbox"/> Nueva			<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores/Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Vida

Dichos montos deberán ser aplicados al siguiente instrumento bancario que a continuación se señala:

Banco	Cargo a:*	No. de cuenta (Débito cuenta de cheques)	Cuenta CLABE (Débito cuenta de cheques)	Número de Token (Escribir letras y números legibles, para cero: 0)	Venci- miento (Mes/ Año)
1° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch	_____	_____	_____	____/____

\*Cargo a: D= tarjeta débito, C= tarjeta crédito, Ch= cuenta de cheques.

Estoy enterado que la aseguradora renovará la póliza de seguro en forma automática a fin de no quedar desprotegido; sin embargo, podré solicitar la cancelación del contrato en cualquier momento. La cancelación de la póliza se realizará a partir de que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** reciba mi solicitud por escrito, cubriendo la prima por el periodo correspondiente.

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

- Cancelación del instrumento bancario no notificada a la aseguradora;
- Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la aseguradora;
- Por rechazo bancario;
- Cualquier otra causa establecida en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito.

De acuerdo con el párrafo anterior, me comprometo a mantener saldo suficiente para el pago del seguro contratado, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado, quedando enterado y conforme que esta póliza quedará cancelada por causas imputables al suscrito de acuerdo con lo previsto en las condiciones generales de la póliza contratada.

En este sentido y en el supuesto caso de que por cualesquiera causas mi(s) tarjeta(s) de crédito, débito o cuenta de cheques o sus respectivas reposiciones no operaran el (los) cargo(s) automático(s) antes descrito(s), me comprometo a pagar oportunamente su(s) importe(s) mediante las herramientas de pago oficiales de AXA.

Extiendo la presente autorización por tiempo de vigencia de la póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales; y por último, declaro estar enterado y de acuerdo en que los estados de cuenta bancarios operen como recibo comprobante del cobro efectuado y que en su caso me obligo a manifestar por escrito **AXA Seguros, S.A. de C.V.** y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

Atentamente,

**Nombre del tarjetahabiente/cuentahabiente**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
_____	_____	_____



<b>Domicilio del tarjetahabiente/cuentahabiente</b>			
Calle y No.		Colonia	C.P.
Municipio/Delegación	Estado	Tel.oficina	Tel.particular
Correo electrónico			
<b>Nota importante</b>			
Estimado asegurado le recomendamos vigilar que en su estado de cuenta aparezca el cargo por la prima correspondiente al seguro que haya contratado y de acuerdo con la forma de pago pactada. En caso de que dicho cargo no aparezca en su estado de cuenta, o si de acuerdo con la forma de pago seleccionada después de aparecer el primer descuento se interrumpen los cargos a su cuenta, favor de notificar por escrito a su agente de seguros o a <b>AXA Seguros, S.A. de C.V.</b> mediante correo certificado o acuse de recibo entregados en el domicilio de la compañía, contenido en la carátula de póliza. En caso de que la compañía no reciba notificación por escrito del agente y/o asegurado y/o contratante de cualquier irregularidad y de no haberse realizado el cargo por concepto de pago de la prima correspondiente dentro del periodo establecido en las condiciones generales de la póliza contratada, la compañía procederá a la cancelación de la misma.			
<b>Lugar y fecha</b>		<b>Firma del tarjetahabiente/cuentahabiente</b>	
La presente carta autorización forma parte integrante de la solicitud del seguro y deberá obrar anexa a la misma, en caso contrario, se considerará bajo pago de conducto normal. Para complementar ésta es necesario que anexe copia de lo siguiente:			
IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE POR AMBOS LADOS.			



No. Póliza \_\_\_\_\_ No. Certificado \_\_\_\_\_

Datos del solicitante				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno				Género
Estado Civil	Relación con el contratante	Fecha de nacimiento	Nacionalidad(es)	
Lugar de nacimiento (país, estado, municipio)	Domicilio Calle		No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Municipio / Alcaldía	Población o ciudad	
Estado	Teléfono celular		Correo electrónico	
Declaro que:				
<ul style="list-style-type: none"><li>■ En los últimos 5 años no he recibido atención, asesoramiento o tratamiento médico de rutina, regular y/o seguimiento por alguna condición médica*.</li><li>■ Tampoco estoy actualmente bajo investigación, con la intención de obtener una opinión médica, consulta o tratamiento con respecto a alguna condición médica.</li><li>■ Durante los últimos 2 años no he estado hospitalizado por más de 7 días consecutivos.</li></ul> <p>* Por favor ignore cualquier antecedente de salud relacionado con el embarazo, resfriados y gripe, controles de rutina para la visión y audición relacionadas con la edad, programas de prevención de salud donde los resultados fueron negativos.</p>				
En caso de ser necesaria alguna aclaración médica indicar:				
Nombre de la(s) enfermedad(es), afección, lesión, estudio(s) tratamiento(s)	Fecha de inicio dd-mm-aa	Fecha de último episodio o atención	Estado actual	
Lugar y fecha:	Nombre		Firma	
La información que he proporcionado es totalmente veraz y acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión inexacta o falsa declaración contenida en este documento, conforme al artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.				
<b>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 02 de febrero de 2022, con el número CGEN-S0048-0031-2022 / CONDUSEF G-01378-001.</b>				



No. Póliza \_\_\_\_\_ No. Certificado \_\_\_\_\_ Suma Asegurada solicitada \_\_\_\_\_

Datos del solicitante									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno								Género	
Estado Civil		Relación con el contratante		Fecha de nacimiento		Nacionalidad(es)			
Lugar de nacimiento (país, estado, municipio)			Domicilio Calle			No. exterior		No. interior	
Colonia		Código postal		Municipio / Alcaldía		Población o ciudad			
Estado		Teléfono celular			Correo electrónico				
Domicilio en el extranjero Calle			No. exterior		No. interior		Colonia		Código postal
Población o ciudad		Estado		País		No. de identificación fiscal		Teléfono	
Deportes, aficiones, aviación (en caso afirmativo, especifique)									
¿Practica deportes, aficiones peligrosas o de alto riesgo?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Especifique	
¿Vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares, de gobierno o militares?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estatura, peso y hábitos									
Estatura (m)	Peso (kg)	Fuma		Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas*		Usa o ha usado drogas o estimulantes*			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad: Desde-Hasta: Tipo:		
Cuestionario médico									
1) ¿Alguna vez ha recibido atención, asesoramiento y/ o tratamiento médico para alguno de los siguientes padecimientos?									
a. Angina de pecho, infarto al miocardio, cualquier enfermedad del corazón y/o de los vasos sanguíneos, hipertensión arterial, enfermedades del riñón, del pulmón o respiratoria, del hígado, diabetes o enfermedades cerebrovasculares								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
b. Cáncer, incluyendo leucemia, melanoma, tumor o crecimiento de cualquier tipo (incluso pólipos y/o divertículos)								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
c. Trastornos mentales, neurológicos o psiquiátricos. Enfermedades autoinmunes (artritis, lupus, esclerosis múltiple y psoriasis)								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2) En los últimos 24 meses, ¿le han recomendado o recibido, seguimiento médico por algún especialista en forma regular / de rutina por alguna condición médica?								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3) ¿Su madre, padre biológico o alguna hermana o hermano han sido diagnosticados antes de los 60 años con cualquiera de los siguientes enfermedades: cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer, Parkinson o cualquier otra condición hereditaria?								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Si contestó afirmativamente, ampliar la información e indicar nombre de la institución donde se realizó el tratamiento o servicio médico.

No. de pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos	No. de veces que las ha sufrido	Fecha dd-mm-aa (última vez en caso de ser varias)	Estado actual

En caso de que se le hayan requerido pruebas de laboratorio y gabinete indique la fecha en que acudió con el Proveedor de AXA:

#### Nota importante

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

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 Solicitante declara estar dispuesto, si fuese necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si esta lo estima conveniente.

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud del seguro y selección de riesgo, emisión de la póliza, el cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en [axa.mx](http://axa.mx) en la sección Aviso de Privacidad.

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

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

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

☐ No acepto.

Lugar y fecha:	Firma del solicitante

**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 02 de febrero de 2022, con el número CGEN-S0048-0030-2022 / CONDUSEF G-01379-001.**



Vida y Ahorro  
Solicitud de Reclamación de Siniestros Vida  
Beneficiarios Personas Físicas

Los campos marcados con \* son opcional.

Datos de la Póliza									
Siniestro					Fecha de solicitud				
					Día Mes Año				
Número de Póliza(s)			Número de certificado(s)						
Nombre de (los) Contratante(s)									
Origen de la reclamación									
<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Pérdida Orgánica					Fecha de siniestro				
					Día Mes Año				
<input type="checkbox"/> Anticipo por Fallecimiento <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente <input type="checkbox"/> Otras causas					Especifique				
La causa del siniestro se debió a <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Otras causas									
Datos del Asegurado									
Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Nacionalidad(es)			Fecha de nacimiento	
								Día Mes Año	
Domicilio		No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio				
Calle									
Ciudad		Estado		País		Teléfono			
RFC con homoclave		CURP				Actividad o giro del negocio			
Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*				Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro					
País y estado de nacimiento			No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)						
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____									
Domicilio: _____									
Datos del (los) Beneficiario(s) del pago y/o Representante Legal (persona física)									
Para el caso en el que se reclame el Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios firman los Beneficiarios. Para el caso en el que se reclame Invalidez Total y Permanente, Enfermedad, Pérdida Orgánica o Anticipo por Enfermedad Terminal firma el Asegurado.									
Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Parentesco con el Asegurado				
Ocupación o profesión			Actividad o giro del negocio			Nacionalidad(es)			
País y estado de nacimiento			Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*						
Fecha de nacimiento			Domicilio en territorio nacional para oír y recibir notificaciones					No.	
Día Mes Año			Calle						
Código postal		Colonia	Alcaldía o municipio		Ciudad	Estado	País		
RFC con homoclave		CURP				Correo electrónico			
Teléfono		No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)							
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____									
¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____									

<b>Domicilio</b> Calle	No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio
Ciudad	Estado	País	Teléfono	
<b>Opción de pago</b>				
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Orden de pago (montos menores a \$20,000)		Banco	Plaza	Sucursal
Clabe interbancaria (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)				
ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica)		SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)		
IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria/alfanumérico)				
País de origen de la cuenta			Moneda de la cuenta	
<p>El Asegurado o Beneficiario, o su representante legal declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.</p> <p><b>Nota:</b> la Compañía de seguros procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) conforme al contrato del seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza de seguros. Queda expresamente convenido que al recibir el pago por concepto de indemnización por el medio indicado, el Beneficiario del seguro otorga a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercer en contra de la Compañía, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la Póliza de seguros contratada. En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionado en el estado de cuenta bancario o la consulta de clabe interbancaria, correspondiente al Beneficiario del pago y anexo a este formato.</p>				
En caso de reclamación por Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico adicional por Gastos Funerarios, firma el beneficiario. En caso de reclamación por Invalidez Total y Permanente, Enfermedad Terminal, Anticipo por Enfermedad Terminal o Pérdida Orgánica firma el Asegurado.				
<p>Con la firma de la presente solicitud el cliente declara que se le hizo entrega de la copia de la presente autocertificación. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros ubicadas en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver <a href="http://axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion">axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion</a>. El horario de atención es de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.</p> <p>Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en <a href="http://axa.mx">axa.mx</a>, y para todos los fines del Contrato de Seguro.</p> <p>Cruzar la casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.</p> <p>Correo electrónico del agente _____</p> <p>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 <a href="http://axa.mx">axa.mx</a> en la sección Aviso de Privacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.</p> <p>Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización.</p> <p>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.</p>				



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

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, es una persona políticamente expuesta ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre completo

Relacion y puesto desempeñado

2. ¿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 con usted

### Pasos a seguir en una reclamación

1. Recabar toda la documentación obligatoria para iniciar el trámite de acuerdo con el riesgo ocurrido. Llenar toda la solicitud de reclamación con letra clara y todos los campos obligatorios.

Documentos	Póliza Individual		Póliza de Grupo	
	Fallecimiento	Otros beneficios	Fallecimiento	Otros beneficios
Solicitud de reclamación personas físicas (formato de AXA).	✓	✓	✓	✓
Resumen clínico del médico tratante en original, amplio y detallado con antecedentes patológicos y no patológicos completos, con fechas de diagnóstico y tratamiento.		✓		✓
Recibo de nómina del asegurado a la fecha de siniestro cuando la Póliza sea vía descuento por nómina.	✓	✓		
Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro (si se trata de Póliza con relación laboral).			✓	
Recibo de nómina del Asegurado a la fecha de siniestro.				✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.	✓	✓	✓	✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del (los) beneficiario(s).	✓		✓	
Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.	✓		✓	
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge), o jurisdicción voluntaria en caso de concubinato.			✓	
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los Beneficiarios sea cónyuge).	✓			
En caso de que la muerte sea a consecuencia de un accidente: copia certificada o cotejada de la carpeta de investigación completa.	✓		✓	
Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA). En caso de no contar con seguridad social deberá presentar Dictamen de Invalidez emitido por médico especialista en la materia, en original, adjuntando los estudios de laboratorio, histopatológicos y gabinete realizados (radiografías, resonancias magnéticas, tomografía, ultrasonido, etc.).		✓		✓
Copia simple de identificación oficial del Asegurado.	✓	✓	✓	✓
Copia simple de identificación oficial del (los) beneficiario(s).	✓		✓	

Documentos	Póliza Individual		Póliza de Grupo	
	Fallecimiento	Otros beneficios	Fallecimiento	Otros beneficios
Cuenta clabe interbancaria a nombre del beneficiario.	✓	✓	✓	✓
Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).	✓	✓	✓	✓
Cédula de Consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de Beneficiarios.			✓	
Carátula de Póliza y documentación contractual.	✓	✓		
Alta ante el IMSS, contrato laboral o documentación que acredite el vínculo entre el Contratante y el Asegurado.			✓	

**2.** Entregar en las oficinas de AXA los documentos para iniciar la reclamación.

**3.** La oficina de AXA en donde se entregaron los documentos dará seguimiento a la respuesta del trámite.  
Es importante que proporcione correctamente sus datos personales como: teléfono, correo electrónico, dirección, entre otros.

#### Conceptos básicos

**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 alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.

**Póliza de Grupo:** Póliza contratada a través de una empresa. El Asegurado tiene relación laboral, se adhiere de forma voluntaria o cuenta con un crédito con el Contratante.

**Póliza Individual:** Póliza contratada directamente por el Asegurado.

**Copia certificada:** documento certificado ante notario público o autoridad competente.

La recepción de documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: [siniestrosvida@axa.com.mx](mailto:siniestrosvida@axa.com.mx) o llámanos al **800 900 1292**.

**En caso de ser más de un Beneficiario llenar el formato Otros Beneficiarios para poder tramitar la reclamación para cada uno.**

En caso de que el Beneficiario, Asegurado o a quien se ceda el derecho de la Póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de sus dedos pulgar e índice derechos, y que dos personas firmen a su ruego como testigos. Anexar de los testigos, copia simple de su credencial de elector, de su pasaporte o de su cédula profesional por ambos lados.

Hacemos constar que en nuestra presencia \_\_\_\_\_ imprimió su huella digital en virtud de no saber o no poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmó.

Nombre y firma del beneficiario	Lugar y fecha
Nombre completo del testigo 1	Firma
Nombre completo del testigo 2	Firma

Esta documentación es enunciativa sin perjuicio del derecho de la Compañía establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro de requerir información adicional.

**Solicitud  
de cambio de conducto**

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

Asegurado