

RESPALDO FUNERARIO

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

BENEFICIOS

Seguro dirigido a empresas que buscan respaldar a sus colaboradores para hacer frente a los gastos que representan los servicios funerarios en caso de fallecimiento del titular o alguno de sus dependientes directos.

- 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.



GAID

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



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)		
<p>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.</p>		
Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente
<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 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".</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.</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>		
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	
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.



☐ Póliza nueva

☐ Póliza de renovación

No. Póliza _____

Datos del Contratante

<input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Física con Actividad Empresarial <input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Entidad, Sociedad, Dependencia			
Razón social o nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Folio Pegaso
RFC con homoclave o Núm. de identificación fiscal "NIF" equivalente al país de origen		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	
		Día Mes Año	
No. de Serie Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		Régimen Fiscal	
Clave de uso		Código postal domicilio fiscal	
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior Colonia
Código postal	Alcaldía o Municipio	Población o ciudad Estado	
Nombre completo del representante legal del Grupo		Folio mercantil	No. de registro de seguridad social
País y estado de nacimiento/constitución		Correo electrónico	Ingresos anuales estimados*
Teléfono de contacto		En mi carácter de Contratante solicito de AXA Seguros, S.A. de C.V. la expedición de una Póliza de Seguro de Grupo, de conformidad con las Condiciones Generales que se anexan y de acuerdo con la siguiente información. En caso de ser apoderado o representante legal adjuntar información soporte.	

Plan solicitado

<input type="checkbox"/> Respaldo Empresarial <input type="checkbox"/> PlanProtege	<input type="checkbox"/> Respaldo Funerario <input type="checkbox"/> Deudor/Bill Protection	Moneda: <input type="checkbox"/> Nacional
Vigencia Desde: Día Mes Año a las 12 horas. Hasta: Día Mes Año a las 12 horas.		Forma <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual
Pago de la prima: <input type="checkbox"/> Contributorio <input type="checkbox"/> No contributorio	Porcentaje de contribución de los Integrantes al pago de la prima _____%	Experiencia: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Global
		Dividendos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Administración de la Póliza ☐ Tradicional (reporte de altas y bajas) ☐ Autoadministrado¹
☐ A declaración* *Para este tipo de administración, en caso de otorgarse el Seguro bajo esta solicitud, el Contratante conviene con la Compañía en administrar la recepción y la entrega de los documentos consistentes en Consentimientos, Certificados y en su caso, de pago de dividendos.

Grupo asegurado

¿La ubicación del grupo a asegurar corresponde al domicilio fiscal del contratante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta anterior es No , colocar el nombre del estado de la República Mexicana donde se ubica el grupo a asegurar y/o indicar Nacional cuando esté presente en dos o más estados.
Características <input type="checkbox"/> Con relación laboral <input type="checkbox"/> Sin relación laboral <input type="checkbox"/> Escolar ²	El Integrante se adhiere a este Contrato por: <input type="checkbox"/> Prestación <input type="checkbox"/> Voluntaria
Giro Mercantil, actividad u objeto social a la que se dedica el cliente	No. de miembros que forman el Grupo asegurado _____

¹La autoadministración solo se otorga a grupos con relación laboral e inscripción a seguridad social.

²Esta característica del grupo solo aplica para el plan Respaldo Empresarial.

*Campo no obligatorio



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 1		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	<input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo		
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato <input type="checkbox"/> Mudanza
Periodo de espera:	<input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses		
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 2		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	<input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo		
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato <input type="checkbox"/> Mudanza
Periodo de espera: <input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses			
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)																												
Categoría 3	No. de Integrantes																											
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos																												
Regla para determinar la Suma Asegurada																												
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____																												
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)																												
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI) <input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO) <input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)																											
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP) <input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA) <input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)																											
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo																											
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo</td><td><input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Matrimonio</td><td><input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente</td><td><input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Trasplante</td><td><input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad</td><td><input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Divorcio</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino</td><td><input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titulación</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Mama</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cáncer</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario</td><td><input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cirugías</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata</td><td><input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Testicular</td><td><input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal</td><td><input type="checkbox"/> Mudanza</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente	<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo	<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino	<input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio	<input type="checkbox"/> Titulación	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica	<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave	<input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Cáncer Testicular	<input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato		<input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Mudanza
<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón																										
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente	<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo																										
<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple																										
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino	<input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio																										
<input type="checkbox"/> Titulación	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave																										
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica																										
<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave																										
<input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Cáncer Testicular	<input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato																										
	<input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Mudanza																										
Periodo de espera:	<input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses																											
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>																												
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																												
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):																												



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 4		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	<input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo		
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato <input type="checkbox"/> Mudanza
Periodo de espera: <input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses			
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 5		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Pensionados <input type="checkbox"/> Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez:	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	<input type="checkbox"/> Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	<input type="checkbox"/> Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Deudor/Bill Protection:	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional por Desempleo		
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	<input type="checkbox"/> Nacimiento o Adopción de un Hijo <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular Agudo <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica Grave <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/> Osteoporosis Grave <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato <input type="checkbox"/> Mudanza
Periodo de espera: <input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses			
<p>* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"</p> <p>* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege</p> <p>* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"</p> <p>* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes</p> <p>* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico</p> <p>* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año</p>			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Datos del agente o intermediario					
	Clave	Nombre	Comisión	Centro de contribución	Participación
1			%		%
2			%		%
3			%		%

Nota importante

Se previene al Contratante y al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca(n) o deba(n) 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 importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del Integrante o del beneficiario en su caso aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Hago constar que me he enterado de las Condiciones Generales de la Póliza que en su caso extenderá AXA Seguros, S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas. Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través del correo electrónico declarado en la presente solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción ☐ No deseo que la documentación me sea entregada vía correo electrónico.

Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las Condiciones Generales a través del portal axa.mx, o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.

Con la presente acompaño debidamente firmados los consentimientos o relación de Integrantes, quienes han firmado sus respectivos consentimientos; tales documentos contienen los datos relativos a cada uno de los Integrantes del Grupo asegurado; la información mínima necesaria de la población a asegurar que debe proporcionar el Contratante a la Compañía es: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), fecha de nacimiento, género, subgrupo, relación del Asegurado con el titular, fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, ocupación, nacionalidad, CURP, relación del Asegurado con el Contratante, fecha de ingreso del Asegurado a la Colectividad, si el Asegurado estuvo asegurado en otra compañía (especifique), número de empleado, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico. Esta información deberá enviarse por medio electrónico, y forman parte de esta solicitud. Incluyo también la cotización previamente autorizada.

Con la firma de la de la presente solicitud, el Contratante conviene con AXA Seguros S.A. de C.V.: mantener los expedientes de identificación de los Asegurados durante toda la vigencia de la Póliza y a entregarlos a AXA Seguros S.A. de C.V. de manera digitalizada en el momento en que esta los requiera o bien al concluir la vigencia de la Póliza.

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud del seguro, en su caso emitir su póliza y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles donde pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Llenar en caso de que el contratante sea una persona física:

☐ Autorizo que AXA trate mis datos personales patrimoniales y financieros proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas.

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

Certificación del agente o conducto de venta: declaro haber explicado ampliamente al solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptado el riesgo por la Compañía, así como la forma de dar por terminada su cobertura.



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 lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., 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 una identificación personal vigente así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado o en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, 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(s) persona(s) que desempeña(n) o desempeñó el cargo público	Puesto desempeñado
Nombre del relacionado con la figura pública	Relación

Entrevista física con el cliente

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

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima y completar el Formato Único correspondiente.

Actúa en nombre y por cuenta propia ☐ Sí ☐ No

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

Como resultado de la entrevista, el agente ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente. Agradecemos de antemano su atención.

Firma del Contratante	Firma del agente o intermediario	Lugar y fecha
Firma del(los) apoderado(s) legal(es) y puesto que ocupa(n)	Firma del(los) apoderado(s) legal(es) y puesto que ocupa(n)	

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 escribanos a 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.

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 8 de Diciembre de 2021, con el número CGEN-S0048-0131-2021 / CONDUSEF G-01263-001.

**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.					

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		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.						

Territorial **B**



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.					

Asegurado