

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 funeral 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
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado
Teléfono de contacto	Indicar si realiza actividades vulnerables ¹		Patrimonio Fideicomitido	
Correo electrónico				
Participantes del Fideicomiso				
Miembros del Comité Técnico u Órgano equivalente				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Nombre completo del(es) 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):

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

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

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

Relación

¿Es usted quien pagará o comprará el bien inmueble?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

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

¿Declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

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

--



Formato de identificación Fideicomisos

Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)

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

Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx 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 ¹	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	día	mes	año
Nacionalidades(es)	Domicilio o Domicilio Fiscal* Calle			No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal*	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Para personas morales Nombre(s) del (de los) apoderado(s) legal(es)			
Régimen fiscal*	Régimen capital*	Clave de uso de CFDI			

Datos de la Identificación

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

¿Es usted quien pagará la prima? Sí No

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

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

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

Entrevista con el cliente (exclusivo para Agentes de seguros)

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

Nombre completo del Agente	No. Agente	Firma del Agente

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

Contratante Asegurado Beneficiario

Datos Generales

Razón social		Actividad u objeto social	
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero		No. de serie de la FIEL (si cuenta con ella)	
Domicilio fiscal Calle		No. exterior	No. interior
Código postal	Alcaldía o municipio		Colonia
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".

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

Persona Física Persona Física con Actividad Empresarial Persona Moral Fideicomiso 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

Respaldo Empresarial

Respaldo Funerario

Moneda: Nacional

PlanProtege

Deudor/Bill Protection

Vigencia

Desde: Día Mes Año

a las 12 horas. Hasta:

Día Mes Año

a las 12 horas.

Forma

Anual

Semestral

de pago:

Trimestral

Mensual

Pago de la prima: Contributorio
 No contributorio

Porcentaje de contribución de los Integrantes al pago de la prima _____ %

Experiencia: Propia Global

Dividendos: Sí 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? Sí 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 Con relación laboral

Sin relación laboral Escolar²

El Integrante se adhiere a este Contrato por:

Prestación 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"/> 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 <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato Funerarios de un Familiar Directo <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
* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"	
* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege	
* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"	
* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes	
* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes	
* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico	
* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año	
¿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"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular Funerarios de un Familiar <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal Directo	<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	
* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"		
* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege		
* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"		
* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes		
* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes		
* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico		
* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año		
¿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:	<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 <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular <input type="checkbox"/> Conclusión de Bachillerato Funerarios de un Familiar Directo <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
* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"	
* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege	
* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"	
* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes	
* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes	
* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico	
* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año	
¿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"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular Funerarios de un Familiar <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal Directo	<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	
* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"		
* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege		
* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"		
* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes		
* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes		
* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico		
* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año		
¿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"/> Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de un Accidente <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Hospitalización a Causa de una Enfermedad <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata <input type="checkbox"/> Reembolso por Gastos <input type="checkbox"/> Cáncer Testicular Funerarios de un Familiar <input type="checkbox"/> Cáncer Colorrectal Directo
Periodo de espera:	<input type="checkbox"/> 0 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses
* Para el plan "Deudor/Bill Protection las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal"	
* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege	
* El periodo de espera solo aplica para las coberturas adicionales Estilos de Vida, excepto "Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo"	
* BITP y BITPA son mutuamente excluyentes	
* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes	
* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico	
* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año	
¿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 acompaña 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 conductor 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 escríbanos 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 & 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			
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			
Datos del asegurado				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	
Colonia		Alcaldía o municipio		Código postal
Población o ciudad	Estado	Correo electrónico		
Tel. particular (con clave de ciudad)	Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)		
Datos del agente				
Agente actual		Clave		
Promotor actual		Clave		
Agente nuevo		Clave		
Promotor nuevo		Clave		
Solicito que, a partir de esta fecha, el agente de seguros que tenía asignado deje de atender mi póliza debido a:				
<input type="checkbox"/> Falta de seguimiento por parte del agente actual <input type="checkbox"/> Traspaso de cuentas <input type="checkbox"/> Fallecimiento del agente actual <input type="checkbox"/> Otro, especificar:				
Por lo tanto, solicito que, a partir de este momento, mi nuevo agente me proporcione el servicio que requiero.				
Nota: la compañía podrá contactar al cliente para validar la solicitud de cambio.				
Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del asegurado (licencia, pasaporte o credencial de elector).				
Firma del agente actual	Firma del promotor actual	Firma del asegurado		
Firma del agente nuevo	Firma del promotor nuevo	Firma del director de oficina Vo.Bo.		
Nota: este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la póliza de acuerdo con las políticas establecidas.				

Territorial **B**

**Solicitud
de cambio de conducto**


Ramo	Fecha	Día	Mes	Año
A: Gerencia emisión	De: Territorial			
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 C