

SALUD

Flex Plus®

Seguro de gastos médicos flexible y personalizado que se adapta a las necesidades y estilo de vida de cada cliente.

Beneficios

- **Flexibilidad para contratar diferentes niveles de protección.**
- **Acceso a una amplia red de proveedores médicos y hospitales en convenio.**
- **El costo del seguro es deducible de impuestos según la Ley del Impuesto Sobre la Renta.**

Coberturas básicas

- **Honorarios médicos**

Cubrimos la atención médica derivada de un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, según el tabulador elegido en la contratación

- **Hospitalización**

Cubrimos los gastos generados en el hospital, clínica o sanatorio, incluyendo habitación, alimentos, estudios de laboratorio, medicamentos, salas de operación, entre otros.

- **Ambulancia**

Pagamos el servicio de ambulancia en territorio nacional en caso de un accidente o enfermedad, con indicación del médico tratante.

- **Ayuda por maternidad**

Las aseguradas embarazadas que cumplan con los requisitos de la póliza recibirán el pago por Ayuda por Maternidad a partir de la semana 29 de embarazo si presentan la interpretación del ultrasonido y cumplen con los requisitos de la póliza.



Coberturas adicionales

- **Medicamentos fuera del hospital**

Reembolso por medicamentos prescritos médicamente necesarios después del alta del hospital. Aplica solo en territorio nacional.

- **Maternidad extendida**

Ofrecemos la opción de incrementar el apoyo por maternidad.

- **Deducible \$0 por accidente**

El deducible quedará en \$0 pesos en caso de accidente, si el monto total de los gastos cubiertos supera \$2,000 pesos y es atendido en los primeros días.

- **Atención médica en el extranjero**

Ofrecemos la opción de ampliar la zona de cobertura a territorio extranjero. Al contratar esta opción, incluimos las coberturas de Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE).



1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
2. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
3. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.
4. Se debe actualizar cada 6 meses o cuando se cambie de médico tratante o cuando cambie el tratamiento o padecimiento.
5. Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Lugar:										Fecha:											
Información general																					
Datos del Asegurado afectado (paciente)																					
Apellido paterno:						Apellido materno:						Nombre(s):									
Edad:		Fecha de nacimiento:		Día	Mes	Año		Sexo:				Talla:		Peso:		Tensión arterial:					
								Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>													
Motivo de la atención médica																					
Enfermedad						Accidente						<input type="checkbox"/> Maternidad				Segunda opinión médica					
Tipo de estancia																					
<input type="checkbox"/> Urgencia						<input type="checkbox"/> Hospitalización						<input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria						<input type="checkbox"/> Consultorio			
Antecedentes médicos																					
Antecedentes patológicos																					
No.		Diagnóstico						Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)						Tratamiento recibido							
Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo)																					
¿Fuma? _____																					
¿Consume bebidas alcohólicas? _____																					
¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? _____																					
Otros: _____																					
Antecedentes ginecobstétricos										Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos)											
Gestación: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____																					
Fecha de última menstruación:				Día		Mes		Año													
Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____																					
Tiempo de evolución: _____										Tiempo de evolución: _____											
¿Referido por otro médico o unidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										¿Cuál? _____											

**Diagnóstico(s)**

Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):

Fecha de padecimiento:	Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico:	Día	Mes	Año

Tipo de padecimiento:

☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico Tiempo de evolución: _____

Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):

¿Tiene relación con otro padecimiento? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

¿El padecimiento ocasionó incapacidad?

☐ Sí ☐ No ☐ Parcial ☐ Total Desde: _____ Hasta: _____

Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):

Código ICD: _____

¿Es cáncer? ☐ Sí ☐ No

Estadificación TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describa los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico con su interpretación:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):

Fecha de cirugía:	Fecha de hospitalización:	Fecha de alta:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año



Días que se brindó atención médica:				
Sitio en el cual se realizará el procedimiento: <input checked="" type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____				
En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:				
¿Se realizó estudio histopatológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe el resultado del estudio histopatológico:				
¿Se presentaron complicaciones? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe las complicaciones:				
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe el tratamiento (número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo):				
Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)				
#	Nombre y presentación del medicamento (Ej. Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej. 1 tableta)	Cada cuánto (Ej. Cada 24 hrs.)	Durante cuánto tiempo (Ej. Por un mes)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**Programación de sesiones de rehabilitación física**

Días: _____ No. de sesiones: _____

¿Se requiere servicio de enfermería?Días requeridos: _____ ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ 24 horas

Descripción de actividades:

En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento:

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

En caso de reembolso y/o programación de servicios para procedimientos de ortopedia, neurocirugía, cardiología y aquellos que requieren dispositivos, así como material quirúrgico especializado y/o renta de equipos especializados, se deberá llenar el siguiente apartado.**Plan terapéutico a seguir**

Técnica detallada (explique en qué consiste la cirugía planeada):

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo con el procedimiento programado:

**Solicitud de material o rentas de equipo**

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores; en caso de biológicos, informar el banco del que provienen:

	Cantidad	Insumo o equipo	Marca	Distribuidor (Nombre o razón social)	RFC	Correo electrónico*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

*Solo se deberán recabar datos de la persona moral, el correo electrónico deberá ser genérico e institucional.

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
¿Se ajusta a Tabulador médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Especialidad:	
Especialidad:		Cédula profesional:	
Cédula profesional:		Cédula de especialidad:	
Cédula de especialidad:		RFC a facturar:	
RFC a facturar:		Domicilio:	
Domicilio:		Teléfono:	
Teléfono:		En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico	
En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico		Nombre común:	
Nombre común:		Razón social:	
Razón social:		Ayudante 2	
Ayudante 1		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Otros médicos:	
Otros médicos:		Firma del médico	
Firma del médico		Lugar y fecha	
Lugar y fecha			



Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Datos personales

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 el 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".

☐ Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y que los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

☐ Sí acepto Firma del Asegurado: _____

☐ No acepto

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y, en su caso, de que se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

☐ Sí acepto Firma del Asegurado: _____

☒ No acepto



Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
3. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, esta será evaluada conforme al Contrato de Seguro.
4. Es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.
5. Anexar los siguientes documentos para sustentar su solicitud: identificación oficial, informe médico (no mayor a 6 meses), copia de la Carátula de la Póliza.

Información general de la Póliza									
Nombre completo del Contratante de la Póliza:				No. de Póliza:		No. de Certificado (en caso de contar con este número):			
Datos del Asegurado afectado									
Apellido paterno:			Apellido materno:			Nombre(s):			
Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento:		Día	Mes	Año	País de nacimiento:	
Nacionalidad:			Ocupación / Profesión / Giro del negocio:						
RFC:					CURP:				
Domicilio:					No. exterior:		No. interior:		
Calle:									
Colonia:		Código postal:		Alcaldía o municipio:		Población o ciudad:		Estado:	
Número de Firma Electrónica Avanzada:									
Correo electrónico:			Teléfono (con clave de ciudad):			Tel. celular (con clave de ciudad):			
Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso de ser el asegurado afectado menor de edad, por favor colocar los datos de contacto del tutor)									
Nombre completo									
Correo electrónico:			Teléfono (con clave de ciudad):			Tel. celular (con clave de ciudad):			
En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto									
Contacto 1									
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?									
<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente									
Apellido paterno:			Apellido materno:			Nombre(s):			
Correo electrónico:			Teléfono (con clave de ciudad):			Tel. celular (con clave de ciudad):			



Contacto 2		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?		
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge	<input type="checkbox"/> Amigo o conocido
<input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Tel. celular (con clave de ciudad):
Tipo de evento		
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad		
Motivo por el cual acudió a la atención médica (descripción de los síntomas):		
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión:		
Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención:		
Hospital, Clínica o Sanatorio donde recibió la primera atención del presente padecimiento:		
Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento:	Día	Mes Año
¿Se ha tratado anteriormente por este padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Datos personales		
AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, • Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el 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.		
<input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.		
Transferencia de datos a terceros		
Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad		
Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.		



<input type="checkbox"/> Sí acepto	
Firma del Asegurado:	
Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.	
<input type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto
Firma del Asegurado:	
Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.	
<input type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto
Firma del Asegurado:	
¿Cuenta con seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía:
Suma Asegurada:	No. de Póliza:
Firma del Asegurado afectado o representante legal	
Lugar y fecha	



Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
4. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general					
Nombre completo del Contratante de la Póliza:		No. de Póliza:		No. de certificado (en caso de contar con este número):	
Datos del Asegurado afectado					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento: Día Mes Año 		
RFC: 			CURP: 		
País de nacimiento:		Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:	
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
Código postal: 	Alcaldía o municipio:		Población o ciudad:		Estado:
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad): 		Tel. celular (con clave de ciudad): 	
Exclusivo para personas físicas					
1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan 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, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso afirmativo, describa el puesto:				Parentesco o vínculo:	
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:					
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:			
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:				Parentesco o vínculo:	
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Nombre y porcentaje de participación:					



Tipo de solicitud			
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos		<input type="checkbox"/> Carta de valoración	
<input type="checkbox"/> AP Estudiante		<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
<input type="checkbox"/> Maternidad		<input type="checkbox"/> Gasto médico menor	
Facturas o recibos presentados para reembolso			
<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	
<input type="checkbox"/> Medicamentos		<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)		Especifique:	
Tipo de reclamación			
<input type="checkbox"/> Inicial		Siniestro:	
<input type="checkbox"/> Complementaria		Diagnóstico:	
Aviso de accidente			
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento y si se reportó con alguna autoridad, detallando qué provocó la lesión:			
En caso de accidente automovilístico, mencionar las Compañías aseguradoras involucradas:			
Aseguradora de tu auto:		Aseguradora(s) del(los) tercero(s) involucrado(s):	
Facturas / Recibos adjuntos			
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			



Desglose de medicamentos reclamados					
Número de recibo	Número de factura	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Nombre de farmacia	Importe total
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
				Total (b)	
				Total general (a+b)	

Beneficiario del pago					
Nombre: _____					
<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Padre, Madre o Tutor					
<input type="checkbox"/> Otro, justificación: _____					
Al marcar esta casilla instruyo a AXA Seguros S.A. de C.V., para efectuar el pago correspondiente derivado de la presente solicitud a favor de la persona cuyos datos incluyo en el presente apartado, renunciando a toda acción o derecho a mi favor derivado del mismo, acreditando que realizo el pago (factura, recibos de honorarios, etc.).					
En caso de haber seleccionado otro, contratante, padre o madre, completar los siguientes campos e ingresar copia de INE si es persona física:					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Día Mes Año	País de nacimiento:	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:			
RFC:			CURP:		
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Población o ciudad:		Estado:	
Número de Firma Electrónica Avanzada:					
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):		Tel. celular (con clave de ciudad):	
Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica					
Banco: _____					
Número de cuenta: _____			CLABE interbancaria: _____		



Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación	
<p>Nota: no se realizan pagos ni depósitos a tarjeta de crédito. Para transferencia electrónica es indispensable el llenado de estos 3 datos, mismos que serán válidos únicamente para esta reclamación. En caso de omisión, no será posible continuar con el análisis integral de su solicitud.</p>		
<p>Datos personales</p> <p>AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso3, Colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo la publicación de mi diagnóstico en la carta respuesta.</p>		
<p>Transferencia de datos a terceros</p> <p>Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad</p> <p>Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí acepto</p> <p>Firma del Asegurado:</p> <p>Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí acepto</p> <p>Firma del Asegurado:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto</p>		
<p>Autorizo que AXA transfiera mis datos personales, incluyendo datos personales sensibles relativos a la siniestralidad de mi Póliza al Contratante.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí acepto</p> <p>Firma del Asegurado:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto</p>		
Firma del Asegurado afectado o representante legal	Firma del Asegurado titular y/o Contratante	Lugar y fecha
<p>Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por reembolso, el Asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el Asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su Póliza. A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del Contratante o Asegurado de la Póliza.</p>		



Documentación para anexar en esta solicitud:

- Informe médico (no mayor a 6 meses) por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
- Copia de recetas médicas (no mayores a 3 meses) señalando el nombre del Asegurado afectado y la fecha de elaboración.
- Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.
- Facturas hospitalarias y de personas morales que generan IVA en prestadores en convenio con AXA: facturar a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., ASE931116231, Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, México.
- Facturas hospitalarias en prestadores que no están en convenio y todos los comprobantes que generan ISR, por ejemplo, honorarios médicos, farmacias y enfermería, facturar a nombre del asegurado.
- Identificación Oficial Vigente del Titular y del beneficiario de pago si este último es persona física.
- Beneficiario de pago persona moral: copia de acta constitutiva, poder notarial e INE.
- En trámites iniciales comprobantes de domicilio (máximo 3 meses de antigüedad).
- Comprobantes o facturas fiscales vigentes en el SAT y desglose de los costos y servicios otorgados.



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 <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Propietario Real <input type="checkbox"/>					
Datos Generales					
Razón social o nombre completo del cliente (como aparece en su identificación oficial)				Correo electrónico	
RFC	CURP ¹		Fecha de nacimiento/ día mes año Constitución de la empresa		
Nacionalidades(es)	Domicilio o Domicilio Fiscal* Calle			No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal*	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Para personas morales Nombre(s) del (de los) apoderado(s) legal(es)			
Régimen fiscal*	Régimen capital*	Clave de uso de CFDI			
Datos de la Identificación					
Emisor		Tipo		Clave	
Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas					
Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral, hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta 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 <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 correspondiente:					
¿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 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". <input type="checkbox"/> 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 Único de Identificación y Conocimiento del Cliente

Personas Físicas

Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
Todos los datos de facturación deben de coincidir con tu CSF
(Constancia de Situación Fiscal).

Persona que recaba el formato

Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Propietario real ☐ Proveedor de recursos ☐ Otro: _____

Datos generales

Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)	RFC (con Homoclave)	Fecha de nacimiento	día	mes	año
_____	_____	____/____/____	____	____	____

Domicilio (calle, número ext., número int., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)

Nacionalidad(es)	País de nacimiento	Estado de nacimiento	Ocupación o profesión	Ingreso anual aproximado* (MN)
_____	_____	_____	_____	_____

Tel. de contacto	Correo electrónico	CURP ¹
____-____-____-____	_____	____-____-____-____-____-____

Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*	En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero, indicar: País: _____ Domicilio: _____ TIN: _____	Datos de la Identificación Oficial Vigente Emisor: _____ Tipo: _____ Clave: _____
---	---	---

Datos de facturación ☐ Mismo domicilio de datos generales

Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)

Régimen fiscal	Clave de uso de CFDI
_____	_____

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 . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar el nombre completo: _____ Relación y puesto desempeñado: _____	En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único para cada una. ¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____ ¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____
--	---

Exclusivo para agentes de seguros - entrevista con el cliente

Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de 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 de la persona 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 alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.



Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente

Personas Morales

Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
Todos los datos de facturación deben de coincidir con tu CSF (Constancia de Situación Fiscal).

Persona que recaba el formato

Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Proveedor de Recursos ☐ Otro: _____

Datos generales

Razón Social		Fecha de constitución día mes año		Teléfono del domicilio	
Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)					
Correo electrónico		Ingreso anual aproximado(MN)		Actividad, giro mercantil u objeto social	
País de Constitución		Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), en caso de contar con él*		RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:	
Entidad Federativa de Constitución					
Nacionalidad		Folio Mercantil del registro público		Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique; País: _____ Domicilio: _____	
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)					

Datos de facturación

Régimen capital*	Régimen fiscal*	Clave de uso de CFDI

Datos de la Identificación del Apoderado y/o Representante Legal

Emisor	Tipo	Clave

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

Si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta ¹ . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____ Relación y puesto desempeñado: _____	En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único. ¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____ ¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____
---	---

Exclusivo para agentes de seguros (entrevista con el cliente)

Yo, agente de seguros, declaro bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de 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.
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 de la persona o del representante legal	Lugar y fecha

¹Persona Políticamente Expuesta, es aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.



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.



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			



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 ☐ No ☐

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

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

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



Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)		
<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	



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Nota importante: para cualquier cambio, es necesario que consultes con tu agente los procesos vigentes de selección y emisión.

Información de la Póliza					
Número de Póliza	Fecha de solicitud	Día	Mes	Año	Folio Pegaso
Nombre del Asegurado Titular					
Nombre del Contratante					
Cancelación de la Póliza					
Número de Póliza	A partir de qué fecha se cancela	Día	Mes	Año	
Motivo de la cancelación					
Cambios en datos de la Póliza					
Contratante	Dice		Debe decir		
Nombre					
Parentesco con el Asegurado Titular					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					
Asegurado titular	Dice		Debe decir		
Nombre					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Otros Asegurados (dependientes)	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno del Asegurado (obligatorio)	Dice	Debe decir
Nombre			
Parentesco con el Asegurado Titular			
Fecha de nacimiento			
Sexo			
Otro (especificar)			

Altas de Asegurados

Solicitante 1

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Parentesco con el Asegurado Titular		
RFC (con homoclave)		CURP		Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	Día	Mes	Año	Nacionalidad
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión	
Correo electrónico					
Domicilio				No. exterior	No. interior
Calle					
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular	Tel. oficina		Tel. celular		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera					
Domicilio en país de origen		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Calle					
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono	



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Altas de Asegurados									
Solicitante 2									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el Asegurado Titular			
RFC (con homoclave)				CURP				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Nacionalidad			
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?				Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Correo electrónico									
Domicilio						No. exterior		No. interior	
Calle									
Colonia		Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular				Tel. oficina			Tel. celular		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en país de origen				No. exterior		No. interior		Código postal	
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono			
Altas de Asegurados									
Solicitante 3									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el Asegurado Titular			
RFC (con homoclave)				CURP				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Nacionalidad			
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?				Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Correo electrónico									
Domicilio						No. exterior		No. interior	
Calle									
Colonia		Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular				Tel. oficina			Tel. celular		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en país de origen				No. exterior		No. interior		Código postal	
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono			



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Bajas de Asegurados									
Asegurado 1									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular		
Asegurado 2									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular		
Asegurado 3									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular		
Cambio de Contratante									
Nuevo Contratante									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
RFC (con homoclave)				CURP				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día	Mes	Año	Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		
Nacionalidad				Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			Actividad o giro mercantil		
Ocupación o profesión				Correo electrónico					
Domicilio							No. exterior		No. interior
Calle									
Colonia		Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular				Tel. oficina			Tel. celular		
Para personas morales									
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)									
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en país de origen				No. exterior		No. interior		Código postal	
Calle									
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono			



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de cambios en datos de la póliza

Reasignación de Asegurado Titular (entre los mismos Asegurados de la Póliza)

Nuevo Asegurado Titular

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

RFC (con homoclave)

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Correo electrónico

Domicilio

Calle

No. exterior

No. interior

Colonia

Código postal

Alcaldía o municipio

Población o ciudad

Estado

Tel. particular

Tel. oficina

Tel. celular

Para personas morales

Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)

Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera

Domicilio en país de origen

No. exterior

No. interior

Colonia

Código postal

Calle

Población o ciudad

Estado

País

Teléfono

Reasignación de parentesco de los Asegurados de la Póliza por cambio de Asegurado Titular

Asegurado	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco con el nuevo Asegurado Titular
1		
2		
3		
4		
5		

Nota importante

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las Condiciones generales me sean entregadas en forma digital o electrónica o bien a través del portal axa.mx sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA.

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

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que, en conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. La documentación contractual que integra este formato está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Nota importante (continuación)

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, en su caso, del beneficiario, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Firma del Contratante o Asegurado Titular	Firma del agente	Firma del nuevo Contratante (en caso de nuevo Contratante se requiere la firma adicional del Contratante anterior)	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CGEN-S0048-15-24 con fecha del 22 de octubre 2014.



Instrucciones

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
2. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
3. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.
4. Se debe actualizar cada 6 meses o cuando se cambie de médico tratante o cuando cambie el tratamiento o padecimiento.
5. Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Lugar:										Fecha:													
Información general																							
Datos del Asegurado afectado (paciente)																							
Apellido paterno:						Apellido materno:						Nombre(s):											
Edad:		Fecha de nacimiento:		Día	Mes	Año		Sexo:				Talla:		Peso:		Tensión arterial:							
								<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino															
Motivo de la atención médica																							
<input type="checkbox"/> Enfermedad						<input type="checkbox"/> Accidente						<input type="checkbox"/> Maternidad						<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica					
Tipo de estancia																							
<input type="checkbox"/> Urgencia						<input type="checkbox"/> Hospitalización						<input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria						<input type="checkbox"/> Consultorio					
Antecedentes médicos																							
Antecedentes patológicos																							
No.		Diagnóstico						Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)						Tratamiento recibido									
Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo)																							
<input type="checkbox"/> ¿Fuma? _____																							
<input type="checkbox"/> ¿Consume bebidas alcohólicas? _____																							
<input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? _____																							
<input type="checkbox"/> Otros: _____																							
Antecedentes ginecobstétricos										Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos)													
Gestación:____ Partos:____ Abortos:____ Cesáreas:____																							
Fecha de última menstruación:				Día		Mes		Año															
Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____																							
Tiempo de evolución: _____										Tiempo de evolución: _____													
¿Referido por otro médico o unidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____																							

AI - 346 • FEBRERO 2022

**Diagnóstico(s)**

Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):

Fecha de padecimiento:	Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico:	Día	Mes	Año

Tipo de padecimiento:

☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico Tiempo de evolución: _____

Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):

¿Tiene relación con otro padecimiento? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

¿El padecimiento ocasionó incapacidad?

☐ Sí ☐ No ☐ Parcial ☐ Total Desde: _____ Hasta: _____

Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):

Código ICD: _____

¿Es cáncer? ☐ Sí ☐ No

Estadificación TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describa los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico con su interpretación:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):

Fecha de cirugía:	Fecha de hospitalización:	Fecha de alta:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año



Días que se brindó atención médica:				
Sitio en el cual se realizará el procedimiento: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____				
En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:				
¿Se realizó estudio histopatológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe el resultado del estudio histopatológico:				
¿Se presentaron complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe las complicaciones:				
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe el tratamiento (número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo):				
Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)				
#	Nombre y presentación del medicamento (Ej. Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej. 1 tableta)	Cada cuánto (Ej. Cada 24 hrs.)	Durante cuánto tiempo (Ej. Por un mes)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**Programación de sesiones de rehabilitación física**

Días: _____ No. de sesiones: _____

¿Se requiere servicio de enfermería?Días requeridos: _____ ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ 24 horas

Descripción de actividades:

En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento:

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

En caso de reembolso y/o programación de servicios para procedimientos de ortopedia, neurocirugía, cardiología y aquellos que requieren dispositivos, así como material quirúrgico especializado y/o renta de equipos especializados, se deberá llenar el siguiente apartado.**Plan terapéutico a seguir**

Técnica detallada (explique en qué consiste la cirugía planeada):

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo con el procedimiento programado:

**Solicitud de material o rentas de equipo**

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores; en caso de biológicos, informar el banco del que provienen:

	Cantidad	Insumo o equipo	Marca	Distribuidor (Nombre o razón social)	RFC	Correo electrónico*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

*Solo se deberán recabar datos de la persona moral, el correo electrónico deberá ser genérico e institucional.

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
¿Se ajusta a Tabulador médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Especialidad:	
Especialidad:		Cédula profesional:	
Cédula profesional:		Cédula de especialidad:	
Cédula de especialidad:		RFC a facturar:	
RFC a facturar:		Domicilio:	
Domicilio:		Teléfono:	
Teléfono:		En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico	
En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico		Nombre común:	
Nombre común:		Razón social:	
Razón social:		Ayudante 2	
Ayudante 1		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Otros médicos:	
Otros médicos:		Firma del médico	
Firma del médico		Lugar y fecha	
Lugar y fecha			



Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Datos personales

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 el 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".

☐ Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y que los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

☐ Sí acepto Firma del Asegurado: _____

☐ No acepto

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y, en su caso, de que se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

☐ Sí acepto Firma del Asegurado: _____

☐ No acepto



Nota importante: para cualquier cambio es necesario que consultes con tu agente los procesos de selección y emisión vigentes.

Información de la póliza					
Número de póliza		Fecha de solicitud		Folio Pegaso	
Datos del contratante					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
RFC		Número de agente			
Correo electrónico					
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior		
Colonia		Código postal			
Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Datos del asegurado titular					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
Domicilio Calle		No. exterior	No. Interior	Colonia	
Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado
Observaciones					
Cambio de producto					
<input type="checkbox"/> Flex Plus		<input type="checkbox"/> Internacional		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Cambio en condiciones de la póliza					
Cambio de suma asegurada					
Flex Plus					
<input type="checkbox"/> 700,000		<input type="checkbox"/> 6,000,000		<input type="checkbox"/> 35,000,000	
<input type="checkbox"/> 1,300,000		<input type="checkbox"/> 8,500,000		<input type="checkbox"/> 65,000,000	
<input type="checkbox"/> 2,600,000		<input type="checkbox"/> 15,000,000		<input type="checkbox"/> 90,000,000	
<input type="checkbox"/> 4,250,000		<input type="checkbox"/> 22,000,000		<input type="checkbox"/> 125,000,000	
<input type="checkbox"/> 173,000,000					
Cambio de deducible					
Flex Plus		Plus		Internacional	
<input type="checkbox"/> 19,000	<input type="checkbox"/> 82,000	<input type="checkbox"/> 17,500	<input type="checkbox"/> 68,000	Nacional - Extranjero	
<input type="checkbox"/> 25,500	<input type="checkbox"/> 127,500	<input type="checkbox"/> 22,000	<input type="checkbox"/> 77,500	<input type="checkbox"/> a 500 usd - 1,500 usd	<input type="checkbox"/> a 5,000 usd - 5,000 usd
<input type="checkbox"/> 37,000	<input type="checkbox"/> 172,000	<input type="checkbox"/> 33,000	<input type="checkbox"/> 106,500	<input type="checkbox"/> a 1,000 usd - 2,500 usd	<input type="checkbox"/> a 10,000 usd - 10,000 usd
<input type="checkbox"/> 53,000		<input type="checkbox"/> 43,500	<input type="checkbox"/> 165,000	<input type="checkbox"/> a 2,000 usd - 2,000 usd	<input type="checkbox"/> a 20,000 usd - 20,000 usd
<input type="checkbox"/> 68,000		<input type="checkbox"/> 55,000	<input type="checkbox"/> 223,000	<input type="checkbox"/> a 3,000 usd - 3,000 usd	

AI-334 • NOVIEMBRE 2024



Cambio de Coaseguro			
Flex Plus		Plus	
<input type="checkbox"/> a 10%	<input type="checkbox"/> a 5%	<input type="checkbox"/> a 20%	
<input type="checkbox"/> a 15%	<input type="checkbox"/> a 10%	<input type="checkbox"/> a 25%	
<input type="checkbox"/> a 20%	<input type="checkbox"/> a 15%		
<input type="checkbox"/> a 30%			
Cambio de nivel/Gama hospitalaria			
Flex Plus		Plus	
<input type="checkbox"/> a Diamante	<input type="checkbox"/> a 360	<input type="checkbox"/> a 90	
<input type="checkbox"/> a Esmeralda	<input type="checkbox"/> a 270	<input type="checkbox"/> a 45	
<input type="checkbox"/> a Zafiro	<input type="checkbox"/> a 180		
Cambio de tabulador		Cambio de periodo de pago de siniestros	
Flex Plus		Flex Plus	Plus
<input type="checkbox"/> a Roble + 100%	<input type="checkbox"/> a 4 meses	<input type="checkbox"/> Deducible Anual	
<input type="checkbox"/> a Roble + 50%	<input type="checkbox"/> a 2 años		
<input type="checkbox"/> a Roble	<input type="checkbox"/> a 20 años		
<input type="checkbox"/> a Caoba	<input type="checkbox"/> a 100 años		
<input type="checkbox"/> a Cedro			
<input type="checkbox"/> a Fresno			
<input type="checkbox"/> a Olivo			
Cambio en coberturas adicionales con costo			
A= Alta, B= Baja			
Flex Plus		Plus	Internacional
A B		A B	A B
Medicamentos fuera del hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cobertura de atención médica en el extranjero. Algún asegurado viajará al extranjero por motivo de estudios, por más de 3 meses o hasta 12 meses Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica
Maternidad extendida <input type="checkbox"/> \$33,000 <input type="checkbox"/> \$64,000 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extensión de cobertura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Preexistencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos, con incrementos de 5% en un rango desde 5% y hasta 200% _____ %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica
Deducible 0 x Accidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paquete de beneficios adicionales*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cobertura nacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tradicional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica
Complicaciones de gastos médicos mayores no cubiertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Deducible 0 x Accidente + Muerte accidental*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Flex Plus		Plus	Internacional
A B		A B	A B
Emergencia en el extranjero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Elite Deducible: <input type="checkbox"/> 1,500 USD <input type="checkbox"/> 3,500 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica
Enfermedades cubiertas en el extranjero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Atención en el extranjero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Protección dental integral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protección dental integral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Programa cliente especial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica
Servicios de asistencia en viajes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cobertura de vida en vida* (suma asegurada): _____ (desde \$50,000 y hasta \$200,000) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y dependientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cliente distinguido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Planmed® Intermedio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Integral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Al contratar esta cobertura, se excluye la cobertura de Planmed® Intermedio.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conversión Garantizada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$750,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000 <input type="checkbox"/> \$2,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000 No. de póliza colectiva AXA** _____ **En caso de que la póliza colectiva con la que cuente el asegurado sea con AXA.	Cobertura de dinero en efectivo. Renta: <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 Con periodo de espera: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asegurados: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y dependientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

AI-334 • NOVIEMBRE 2024

***Beneficiarios** (aplica únicamente para las coberturas de paquete de beneficios adicionales, vida en vida y deducible 0 x accidente + muerte accidental)

ADVERTENCIA: en caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designar tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En los beneficiarios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.



Nombre de la cobertura	Nombre del asegurado (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Nombre del beneficiario (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Parentesco con el asegurado	Porcentaje de participación

Cambio de forma de pago

Frecuencia de pago:	Conducto de pago:
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual*	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito

* Se recomienda por cargo automático.

Cambio de instrumento de pago

Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques

Nombre del contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

Banco	Cargo*	No. CLABE (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1º					
2º					
3º					

No ingresar datos

*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques.

Por medio de la presente autorizo a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa, Master Card y/o American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **AXA Seguros, S.A. de C.V.** en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario notificaré a la compañía. Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la compañía. b) Por rechazo bancario. c) Cancelación de póliza.

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al art. 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

AI-334 • NOVIEMBRE 2024

**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 conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, el contratante o cualquiera de los solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente.

Asimismo autoriza a las compañías de seguros a las cuales ha solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que a continuación se indica, Correo Electrónico del apartado Datos del Contratante, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción ☐ "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico", en cuyo caso me serán entregadas por medio del agente de seguros.

Correo electrónico _____

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**

Autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos mis historiales médicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad.

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, 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.

Datos personales (aviso de privacidad)

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo mis datos personales financieros proporcionados en esta solicitud para evaluar mi solicitud de cambio de plan, así como todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada o, en su caso, se vaya a celebrar y para todas las demás finalidades previstas en el Aviso de privacidad integral que puedo consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de privacidad". Asimismo, autorizo que dichos datos sean transferidos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente. La firma de este documento servirá como manifestación expresa de dicha autorización.

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de AXA en axa.mx, el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de AXA; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como el medio para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, incluyendo el derecho a oponerme al tratamiento para finalidades secundarias mediante el procedimiento establecido en el Aviso de privacidad integral.

Manifiesto que se puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página axa.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.



Quejas		
1. Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)		2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)
<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: 55 5169 2746 (opción 1)</p> <p>Interior de la República: 800 737 7663 (opción 1)</p> <p>Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.</p> <p>Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios</p> <p>En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.</p> <p>Registro electrónico de comentarios: axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente</p>		<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: 55 5340 0999</p> <p>Interior de la República: 800 999 8080</p> <p>Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100.</p> <p>Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx</p> <p>Registro de comentarios en asesoria@condusef.gob.mx</p>
Firma del contratante o asegurado titular	Firma del agente	Lugar y fecha

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 06 de diciembre de 2024, con el número CNSF-S0048-0427-2024/CONDUSEF-006662-01.

AI-334 • NOVIEMBRE 2024



Información de la Póliza																								
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Alta de Asegurado					Número de Póliza para alta					Folio														
Fecha de solicitud					Día Mes Año																			
Vigencia (debe cumplir con las políticas internas)																								
Desde las 12 horas					Hasta las 12 horas																			
Día Mes Año					Día Mes Año																			
Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)																								
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral					Clave de uso de CFDI																			
Otro(a)																								
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social																								
RFC o número de identificación fiscal (NIF)					Régimen capital																			
CURP					País y estado de nacimiento										Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino									
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día Mes Año					Número de serie del certificado FIEL					Nacionalidad(es)									
Actividad o giro mercantil					Ocupación o profesión					Correo electrónico														
Domicilio										No. exterior					No. interior									
Calle																								
Colonia					Código postal					Alcaldía o municipio					Población o ciudad					Estado				
Tel. particular					Tel. oficina					Tel. celular														
Para personas morales										Folio mercantil														
Nombre(s) completo(s) de(los) representante(s) legal(es)																								
Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)																								
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral					Clave de uso de CFDI																			
Otro(a)																								
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social										RFC o número de identificación fiscal (NIF)														
Régimen capital					CURP					País y estado de nacimiento														
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día Mes Año					Número de serie del certificado FIEL									
Nacionalidad(es)					Actividad o giro mercantil					Ocupación o profesión					Correo electrónico									
Domicilio										No. exterior					No. interior									
Calle																								
Colonia					Código postal					Alcaldía o municipio					Población o ciudad					Estado				
Tel. particular					Tel. oficina					Tel. celular														
Para personas morales										Folio mercantil														
Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)																								

AI - 305 • FEBRERO 2025



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de Seguro Gastos Médicos Flex Plus®

Otros seguros de gastos médicos mayores							
<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual	Póliza	No. de Póliza Individual	No. de Póliza Colectivo			
<input type="checkbox"/> Otra compañía	<input type="checkbox"/> Colectivo	1					
¿Cuál? _____		2					
Plan							
Gama hospitalaria	Tabulador	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Periodo de pago de siniestro	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Diamante	<input type="checkbox"/> Roble + 100%	<input type="checkbox"/> 700,000	<input type="checkbox"/> 19,000	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco
<input type="checkbox"/> Esmeralda	<input type="checkbox"/> Roble + 50%	<input type="checkbox"/> 1,300,000	<input type="checkbox"/> 25,500	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 2 años	<input type="checkbox"/> Semestral	
<input type="checkbox"/> Zafiro	<input type="checkbox"/> Roble	<input type="checkbox"/> 2,600,000	<input type="checkbox"/> 37,000	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 20 años	<input type="checkbox"/> Trimestral*	
	<input type="checkbox"/> Caoba	<input type="checkbox"/> 4,250,000	<input type="checkbox"/> 53,000	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 100 años	<input type="checkbox"/> Mensual*	
	<input type="checkbox"/> Cedro	<input type="checkbox"/> 6,000,000	<input type="checkbox"/> 68,000			*Se recomienda por cargo automático	<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito
	<input type="checkbox"/> Fresno	<input type="checkbox"/> 8,500,000	<input type="checkbox"/> 82,000				
	<input type="checkbox"/> Olivo	<input type="checkbox"/> 15,000,000	<input type="checkbox"/> 127,500				
		<input type="checkbox"/> 22,000,000	<input type="checkbox"/> 172,000				
		<input type="checkbox"/> 35,000,000					
		<input type="checkbox"/> 65,000,000					
		<input type="checkbox"/> 90,000,000					
		<input type="checkbox"/> 125,000,000					
		<input type="checkbox"/> 173,000,000					
Coberturas adicionales Flex Plus®							
<input type="checkbox"/> Medicamentos Fuera del Hospital							
<input type="checkbox"/> Maternidad Extendida		<input type="checkbox"/> \$33,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$64,000 Moneda Nacional					
<input type="checkbox"/> Preexistencia							
<input type="checkbox"/> Cliente Distinguido							
<input type="checkbox"/> Deducible 0 por Accidente							
<input type="checkbox"/> Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos							
<input type="checkbox"/> Planmed® Intermedio							
<input type="checkbox"/> Integral		Al contratar esta cobertura, se excluye la cobertura de Planmed® Intermedio.					
<input type="checkbox"/> Cobertura Nacional							
<input type="checkbox"/> Continuidad Garantizada		No. de Póliza Colectiva AXA _____					
Complementos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		No. de certificado AXA _____					
<input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero							
<input type="checkbox"/> Enfermedades Cubiertas en el Extranjero		Al contratar esta cobertura, se incluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero.					
<input type="checkbox"/> Atención en el Extranjero		Al contratar esta cobertura, se incluyen las coberturas de Emergencia en el Extranjero y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero.					
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral							
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia en Viajes							
<input type="checkbox"/> Conversión Garantizada		<input type="checkbox"/> \$500,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$750,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$1,000,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$2,000,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$5,000,000 Moneda Nacional Póliza Colectiva AXA** _____					

**En caso de que la Póliza Colectiva con la que cuente el Asegurado sea con AXA.



Datos de los Solicitantes														
No. Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					CURP*				Parentesco con el titular				
1. Titular*														
2. Solicitante*														
3. Solicitante*														
4. Solicitante*														
5. Solicitante*														
6. Solicitante*														
7. Solicitante*														
8. Solicitante*														
9. Solicitante*														
10. Solicitante*														
*Si no cuenta con él, indicar fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) y género (M/F)														
**Si algún solicitante habita en un domicilio diferente al Titular, indicarlo en el formato AI-458 Anexo Flex Plus® Domicilio .														
Reconocimiento de antigüedad (se deberá adjuntar copia de la Póliza anterior con Endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de Antigüedad de AXA Colectivo o AXA Individual, se requiere solamente el número de Póliza).														
No. Solicitante	Antigüedad AXA Individual				Antigüedad AXA Colectivo				Antigüedad reconocida (otra compañía)					
	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año			
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
Estatura, peso y hábitos														
No. Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma o ha fumado?		Desde - Hasta (año/año)	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														

AI - 305 • FEBRERO 2025



7. ¿Alguno de los Solicitantes tiene antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o trastorno mental? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcionar la siguiente información:

No. de Solicitante	Parentesco con el Solicitante	Enfermedad(es)	Causa y edad en caso de fallecimiento

Ocupación (solo para los Solicitantes mayores de edad)

No. de Solicitante	Ocupación/ Profesión	Actividad / Giro	Si alguno de los Solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo

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 conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o del Beneficiario, en su caso. Enterado de lo que antecede y, para efecto de esta solicitud de seguro, el Contratante o cualquiera de los Solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si esta lo estima conveniente.

Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que ha dado personalmente todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, que son verídicas y están completas; asimismo, conviene en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias para el Contrato de seguro solicitado y en que constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que, al efecto, indico en el apartado "Datos de Contratante" de esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción: ☐ "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico", en cuyo caso, me serán entregadas por medio del agente.

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. Asimismo, hago constar que, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, puedo consultar las Condiciones generales que se encuentran disponibles en axa.mx

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, 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.



Gastos Médicos Mayores Individual

Solicitud de Seguro Gastos Médicos Flex Plus®

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, 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

En caso afirmativo, mencione nombre completo _____

Puesto desempeñado _____

Relación con el participante _____

Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo.

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

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, y llenar el Formato único respectivo para esa persona.

Aviso de privacidad

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud para evaluar mi solicitud del seguro, en su caso, emitir mi póliza, y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del Contrato de seguro y demás finalidades previstas en el Aviso de privacidad integral que puedo consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de privacidad". Asimismo, autorizo que dichos datos sean transferidos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente. La firma de este documento servirá como manifestación expresa de dicha autorización.

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de AXA en axa.mx, el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de AXA; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como el medio para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, incluyendo el derecho a oponerme al tratamiento para finalidades secundarias mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral.

Manifiesto que se puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página axa.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)

Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Datos de agente (aspectos internos de la Compañía)					
	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	Centro de contribución	Cesión de comisión
Agente 1			%		%
Agente 2			%		%
Firma del Contratante (solo si es diferente al Solicitante)		Firma del Solicitante titular (o su representante legal si es menor de edad)		Firma del agente	Lugar y fecha

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página o llame a los teléfonos 800 737 7663 (opción 1) y 55 5169 2746 (opción 1) desde la Ciudad de México, en un horario 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. Asimismo, puede dirigirse a la Condusef en av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, C.P. 03100, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o contactar a través de los teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 80 80 o al correo 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 06 de diciembre de 2024, con el número CNSF-S0048-0427-2024/CONDUSEF-006662-01

AI - 305 • FEBRERO 2025



Cargo automático

Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques

Nombre del Contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

Banco	Cargo*	No. clabe (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1º					
2º					
3º					

*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques.

Por medio de la presente autorizo a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa, Master Card y/o American Express, efectúe el cobro automático de Primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el **Banco de México** en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario notificaré a la Compañía. Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Compañía.

b) Por rechazo bancario.

c) Cancelación de Póliza.

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

Firma del Contratante (tarjetahabiente)	Firma del agente	Lugar y fecha

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 el cumplimiento del Contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de privacidad integral que puede consultar en [axa.mx](#), en la sección "Aviso de privacidad".

Marcar la siguiente casilla, solo si el Contratante es una persona distinta al Solicitante.

☐ Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales bancarios para el cobro de la prima y las finalidades mencionadas.

AI - 305 • FEBRERO 2025



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
4. Anexar los siguientes documentos para sustentar tu solicitud: identificación oficial, interpretación de estudios, informe médico (no mayor a 6 meses) y recetas médicas (no mayor a 3 meses).
5. Recomendamos revisar la lista de hospitales, laboratorios y otros proveedores de servicios médicos en axa.mx. En caso de no encontrarse en convenio con AXA, deberá realizar el trámite por reembolso.
6. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general de la Póliza

Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):
---	----------------	---

Información del Asegurado afectado

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento: Día Mes Año
RFC:	CURP:	
País de nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación / Profesión / Giro del negocio:

Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso que el Asegurado afectado sea menor de edad, se pueden poner los datos de algún familiar)

Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
---------------------	---------------------------------	--------------------------------

En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto

Contacto 1

¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?			
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge	<input type="checkbox"/> Amigo o conocido	<input type="checkbox"/> Agente
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):	
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):	

Contacto 2

¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?			
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge	<input type="checkbox"/> Amigo o conocido	<input type="checkbox"/> Agente
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):	
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):	

Información de la programación

<input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente	<input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad)	
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad	<input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio)	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	
<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	<input type="checkbox"/> Otro, describir: _____	



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Programación inicial o complementaria

¿La programación a realizar, se deriva de algún padecimiento anterior? (en caso de derivarse de un padecimiento anterior, favor de escribir el número de siniestro)

☐ Sí, el número de siniestro es: _____ ☐ No, es la primera vez que realizaré esta programación.

Para programación de cirugía, favor de completar esta sección

Tipo de cirugía que será realizada (ejemplo: cesárea, apendicectomía, amigdalectomía, rinoplastia, biopsia, etc.):

En caso de haber realizado estudios médicos, favor de indicar cuáles:

Fecha tentativa de programación de cirugía:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Nombre del Médico que realizará la cirugía:

Lugar donde se realizará la cirugía (el hospital debe tener convenio, favor de revisar la lista de hospitales en axa.mx):

Si la programación a realizar es una cirugía derivada de un accidente o una enfermedad y es la primera vez que se realizará dicha cirugía (es decir, no cuenta con número de siniestro) favor de llenar la siguiente información.

Fecha de inicio de síntomas:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Fecha de diagnóstico médico
más actual:

Día Mes Año

| | | | | | | |

¿Qué síntomas ha presentado?

En caso de haber ocurrido un accidente indicar lo siguiente:

a. ¿Cómo ocurrió el accidente? (especifica en qué lugar y cómo ocurrió, detallando qué provocó la lesión)

b. Fecha del accidente:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Para una programación de medicamentos y/o equipo médico, favor de completar esta sección

Fecha de inicio de
tratamiento:

Día Mes Año

| | | | | | | |

¿Qué síntomas ha presentado?



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Es indispensable indicar la dirección de entrega:					
Calle:		No. exterior:		No. interior:	
Colonia:	Código postal:	Alcaldía o municipio:	Ciudad:	Estado:	
¿Qué medicamentos requiere?					
#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 500mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)	Especifique la enfermedad o diagnóstico y/o número siniestro que corresponde
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Nota: en caso de requerir enlistar más medicamentos, favor de llenar otro formato.					
En caso de requerir equipo médico favor de especificar cual:					
Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección					
Fecha de programación de servicio:		Día	Mes	Año	
Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):					
Tipo de estudio u hospitalización:					
Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección					
Fecha de programación de servicio:		Día	Mes	Año	Fecha de inicio de tratamiento:
					Día Mes Año
Indicar número de sesiones, cada cuánto y durante cuánto tiempo (en caso de quimioterapia indicar el nombre de tratamiento):					



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el 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.

☐ Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

☐ No acepto

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales, incluyendo datos personales sensibles relativos a la siniestralidad de mi Póliza al Contratante.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

☐ No acepto