

## 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 médicaamente 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).



## 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.


**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?

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Sí  No  Parcial  Total \_\_\_\_\_

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



Días que se brindó atención médica:

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

Consultorio     Hospital     Gabinete     Otro    Especifique: \_\_\_\_\_

En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:

¿Se realizó estudio histopatológico?  Sí  No

Describa el resultado del estudio histopatológico:

¿Se presentaron complicaciones?  Sí  No

Describa las complicaciones:

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Sí  No

Describa 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 checked="" 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 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Otros médicos:			
Firma del médico		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.

<b>Información general de la Póliza</b>					
Nombre completo del Contratante de la Póliza:		No. de Póliza:		No. de Certificado (en caso de contar con este número):	
<b>Datos del Asegurado afectado</b>					
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):	
<b>Datos de contacto del Asegurado afectado</b> (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):	
<b>En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto</b>					
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.				

 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 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.

 Sí acepto No acepto**Firma del Asegurado:**

¿Cuenta con seguro de automóvil?  Sí  No

Nombre de la compañía:

Suma Asegurada:

No. de Póliza:

**Firma del Asegurado afectado o representante legal****Lugar y fecha**

--	--

**Gastos Médicos Mayores  
Solicitud de Reembolso****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  No

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:
---------------------------------------

**Gastos Médicos Mayores  
Solicitud de Reembolso**

<b>Tipo de solicitud</b>			
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos	<input type="checkbox"/> Carta de valoración	<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
<input type="checkbox"/> AP Estudiante	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Gasto médico menor	
<b>Facturas o recibos presentados para reembolso</b>			
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)	Especifique:	
<b>Tipo de reclamación</b>			
<input type="checkbox"/> Inicial	Siniestro:	Diagnóstico:	
<input type="checkbox"/> Complementaria			
<b>Aviso de accidente</b>			
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):	
<b>Facturas / Recibos adjuntos</b>			
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total Tipo de moneda
1.			<input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			

**Gastos Médicos Mayores  
Solicitud de Reembolso****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: \_\_\_\_\_

 Asegurado     Contratante     Padre, Madre o Tutor 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:
-------------------	----------------------

**Gastos Médicos Mayores  
Solicitud de Reembolso**

Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación

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.

**Datos personales**

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.

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.

Autorizo la publicación de mi diagnóstico en la carta respuesta.

**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

No acepto

**Firma del Asegurado:**

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

Sí acepto

No acepto

**Firma del Asegurado:****Firma del Asegurado afectado o representante legal    Firma del Asegurado titular y/o Contratante    Lugar y fecha**

--	--	--

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 restituídos 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.

**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  Asegurado  Beneficiario  Propietario Real

### Datos Generales

Razón social o nombre completo del cliente (como aparece en su identificación oficial)	Correo electrónico				
RFC	CURP <sup>1</sup>	Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa	día	mes	año
Nacionalidades(es)	<b>Domicilio o Domicilio Fiscal*</b> 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
<b>Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas</b>		
Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral, hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta <sup>2</sup> : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, indicar el nombre completo:		Relación y puesto desempeñado:

¿Es usted quien pagará la prima? Sí  No

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

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

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

### Entrevista con el cliente (exclusivo para Agentes de seguros)

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

Nombre completo del Agente	No. Agente	Firma del Agente
----------------------------	------------	------------------

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

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

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

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

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

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

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

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

# Formato 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 <sup>1</sup>	

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<sup>2</sup>.

Sí  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?  Sí  No

Nombre completo: \_\_\_\_\_

¿Es usted quien pagará la prima?  Sí  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

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

<sup>2</sup>Persona Políticamente Expuesta, es aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de 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(os) 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 <sup>1</sup> . <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

<sup>1</sup>Persona Políticamente Expuesta, es aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de 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

Contratante     Asegurado     Beneficiario

### Datos Generales

Razón social		Actividad u objeto social	
RFC (con homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero		No. de serie de la FIEL (si cuenta con ella)	
<b>Domicilio fiscal</b> Calle		No. exterior	No. interior
Código postal	Alcaldía o municipio		Colonia
Población o ciudad			Estado
Correo electrónico			Teléfono del domicilio

### Datos de facturación

Régimen fiscal		Régimen capital		Clave de uso de CFDI
Nombre completo del administrador o administradores, director, gerente general o apoderado con cuya firma pueda obligar a la sociedad, dependencia o entidad para efectos de celebrar la operación de que se trate				
¿Es usted quien pagará la prima? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, quien también deberá completar el Formato único respectivo:				
¿Actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso negativo, mencione el nombre completo del tercero por el que actúa, quien también deberá completar el Formato único respectivo:				

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

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

Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente
----------------------------	------------	------------------

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

Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.  
Reconozco que haré del conocimiento de los titulares que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de privacidad integral.

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

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

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



## 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.

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



## Formato de identificación Fideicomisos

### Persona(s) física(s) que ejerce(n) el control directa o indirectamente

(Llenar el formato único para cada una de las personas físicas indicadas en esta sección)

Adicionalmente, declaro que la(s) siguiente(s) persona(s) física(s), en lo individual, poseen o controlan un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto del Fideicomiso, o bien, tienen control<sup>2</sup> directo o indirecto del Fideicomiso (para estos fines, dichas personas serán consideradas como Propietarios Reales<sup>3</sup> 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

<sup>1</sup>Actividades 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.

<sup>2</sup>Control: 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.

<sup>3</sup>Propietario 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:



## Formato de identificación Fideicomisos

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

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

Nombre completo del agente	No. agente	Firma del agente

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

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

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

Nombre y firma del representante legal	Lugar y fecha



# 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.

<b>Información de la Póliza</b>					
Número de Póliza	Fecha de solicitud	Día	Mes	Año	Folio Pegaso
Nombre del Asegurado Titular					
Nombre del Contratante					
<b>Cancelación de la Póliza</b>					
Número de Póliza	A partir de qué fecha se cancela	Día	Mes	Año	
Motivo de la cancelación					
<b>Cambios en datos de la Póliza</b>					
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**

<b>Otros Asegurados (dependientes)</b>	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno del Asegurado (obligatorio)		Dice		Debe decir			
Nombre								
Parentesco con el Asegurado Titular								
Fecha de nacimiento								
Sexo								
Otro (especificar)								
<b>Altas de Asegurados</b>								
<b>Solicitante 1</b>								
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								
<b>Domicilio</b>						No. exterior	No. interior	
Calle								
Colonia	Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular			Tel. oficina			Tel. celular		
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>								
<b>Domicilio en país de origen</b>			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**

<b>Altas de Asegurados</b>						
<b>Solicitante 2</b>						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Parentesco con el Asegurado Titular			
RFC (con homoclave)		CURP				
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						
<b>Domicilio</b>					No. exterior	No. interior
Calle						
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado		
Tel. particular	Tel. oficina			Tel. celular		
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>						
<b>Domicilio en país de origen</b>		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal	
Calle						
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono		
<b>Altas de Asegurados</b>						
<b>Solicitante 3</b>						
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						
<b>Domicilio</b>					No. exterior	No. interior
Calle						
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado		
Tel. particular	Tel. oficina			Tel. celular		
<b>Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera</b>						
<b>Domicilio en país de origen</b>		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**

**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 ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Actividad o giro mercantil

Ocupación o profesión

Domicilio

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 Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año

Correo electrónico

<b>Domicilio</b> 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**

<b>Domicilio en país de origen</b> Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
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 prejuicio 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.

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

**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.



### 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?

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Sí  No  Parcial  Total \_\_\_\_\_

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



Días que se brindó atención médica:

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

Consultorio     Hospital     Gabinete     Otro    Especifique: \_\_\_\_\_

En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:

¿Se realizó estudio histopatológico?  Sí  No

Describa el resultado del estudio histopatológico:

¿Se presentaron complicaciones?  Sí  No

Describa las complicaciones:

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Sí  No

Describa 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 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Otros médicos:			
Firma del médico		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



# Gastos Médicos Mayores Individual

## Solicitud en cambio de plan

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

<b>Información de la póliza</b>					
Número de póliza	Fecha de solicitud		Folio Pegaso		
<b>Datos del contratante</b>					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
RFC	Número de agente				
Correo electrónico					
<b>Domicilio</b> Calle	No. exterior	No. interior			
Colonia	Código postal				
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado			
<b>Datos del asegurado titular</b>					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
<b>Domicilio</b> Calle	No. exterior	No. Interior	Colonia		
Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado		
<b>Observaciones</b>					
<p><b>Cambio de producto</b></p> <input type="checkbox"/> Flex Plus <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Otro: _____					
<b>Cambio en condiciones de la póliza</b>					
<b>Cambio de suma asegurada</b>					
<b>Flex Plus</b>					
<input type="checkbox"/> 700,000	<input type="checkbox"/> 6,000,000	<input type="checkbox"/> 35,000,000	<input type="checkbox"/> 173,000,000		
<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			
<b>Cambio de deducible</b>					
<b>Flex Plus</b>		<b>Plus</b>		<b>Internacional</b>	
<input type="checkbox"/> 19,000	<input type="checkbox"/> 82,000	<input type="checkbox"/> 17,500	<input type="checkbox"/> 68,000	<b>Nacional - Extranjero</b>	
<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	



# Gastos Médicos Mayores Individual

## Solicitud en cambio de plan

<b>Cambio de Coaseguro</b>				
<b>Flex Plus</b>		<b>Plus</b>		
<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%				
<b>Cambio de nivel/Gama hospitalaria</b>				
<b>Flex Plus</b>		<b>Plus</b>		
<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		
<b>Cambio de tabulador</b>				
<b>Flex Plus</b>		<b>Flex Plus</b>	<b>Plus</b>	
<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				
<b>Cambio en coberturas adicionales con costo</b>				
<b>A= Alta, B= Baja</b>				
<b>Flex Plus</b>		<b>Plus</b>	<b>Internacional</b>	
<b>A B</b>		<b>A B</b>	<b>A B</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"/>	
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"/>	
Deducible Accidente 0 x <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Paquete de beneficios adicionales*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cobertura nacional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tradicional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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"/>	



**Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud en cambio de plan**

<b>Flex Plus</b>  <b>A B</b>		<b>Plus</b>  <b>A B</b>	<b>Internacional</b>  <b>A B</b>
Emergencia en el extranjero <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Elite Deductible: <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 checked="" type="checkbox"/>	No aplica
Enfermedades cubiertas en el extranjero <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Protección dental integral	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Protección dental integral <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Programa cliente especial	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	No aplica
Servicios de asistencia en viajes <input type="checkbox"/> <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Planmed® Intermedio <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Integral <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Al contratar esta cobertura, se excluye la cobertura de Planmed® Intermedio.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Conversión Garantizada <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>  \$500,000 \$750,000 \$1,000,000 \$2,000,000 \$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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

\*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.



**Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud en cambio de plan**

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

**Cambio de forma de pago**

**Frecuencia de pago:**

Anual    Semestral    Trimestral\*    Mensual\*

\* Se recomienda por cargo automático.

**Conducto de pago:**

Pago referenciado en banco

Cargo automático a tarjeta de crédito o débito

**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:

<b>Banco</b>	<b>Cargo*</b>	<b>No. CLABE</b> (débito o cuenta de cheques)	<b>No. de plástico tokenizado</b> (crédito o solo débito Banamex)	<b>Miembro desde</b> (año)	<b>Vencimiento</b> (mes/año)
1º					
2º			No ingresar datos		
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 **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 notificado 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.**



### **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](http://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](http://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](http://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](http://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.



**Gastos Médicos Mayores Individual  
Solicitud en cambio de plan**

**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: <b>55 5169 2746</b> (opción 1)            Interior de la República: <b>800 737 7663</b> (opción 1)            Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.            Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: <a href="http://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios">axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios</a>            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.            Registro electrónico de comentarios: <a href="http://axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente">axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente</a></p>	<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: <b>55 5340 0999</b>            Interior de la República: <b>800 999 8080</b>            Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100.            Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: <a href="http://www.condusef.gob.mx">www.condusef.gob.mx</a>            Registro de comentarios en <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a></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.**



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

**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	Día	Mes	Año	Hasta las 12 horas	Día Mes Año			
<b>Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)</b>								
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			
<b>Domicilio</b>						No. exterior	No. interior	
Calle								
Colonia	Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular	Tel. oficina			Tel. celular				
<b>Para personas morales</b>						Folio mercantil		
Nombre(s) completo(s) de(los) representante(s) legal(es)								
<b>Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)</b>								
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	
<b>Domicilio</b>						No. exterior	No. interior	
Calle								
Colonia	Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular	Tel. oficina			Tel. celular				
<b>Para personas morales</b>						Folio mercantil		
Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)								



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

<b>Otros seguros de gastos médicos mayores</b>							
<input type="checkbox"/> AXA Seguros <input type="checkbox"/> Otra compañía <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Póliza	No. de Póliza Individual		No. de Póliza Colectivo		
		1					
		2					
<b>Plan</b>							
Gama hospitalaria	Tabulador	Suma asegurada	Deductible	Coaseguro	Periodo de pago de siniestro	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Diamante <input type="checkbox"/> Esmeralda <input type="checkbox"/> Zafiro	<input type="checkbox"/> Roble + 100% <input type="checkbox"/> Roble + 50% <input type="checkbox"/> Roble <input type="checkbox"/> Caoba <input type="checkbox"/> Cedro <input type="checkbox"/> Fresno <input type="checkbox"/> Olivo	<input type="checkbox"/> 700,000 <input type="checkbox"/> 1,300,000 <input type="checkbox"/> 2,600,000 <input type="checkbox"/> 4,250,000 <input type="checkbox"/> 6,000,000 <input type="checkbox"/> 8,500,000 <input type="checkbox"/> 15,000,000 <input type="checkbox"/> 22,000,000 <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	<input type="checkbox"/> 19,000 <input type="checkbox"/> 25,500 <input type="checkbox"/> 37,000 <input type="checkbox"/> 53,000 <input type="checkbox"/> 68,000 <input type="checkbox"/> 82,000 <input type="checkbox"/> 127,500 <input type="checkbox"/> 172,000	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> 100 años	<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
<small>*Se recomienda por cargo automático</small>							
<b>Coberturas adicionales Flex Plus®</b>							
<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 Complementos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		No. de Póliza Colectiva AXA _____ 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**					
<small>**En caso de que la Póliza Colectiva con la que cuente el Asegurado sea con AXA.</small>							



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

**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	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														



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



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

**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
<b>Agente 1</b>			%		%
<b>Agente 2</b>			%		%
<b>Firma del Contratante</b> (solo si es diferente al Solicitante)		<b>Firma del Solicitante titular</b> (o su representante legal si es menor de edad)	<b>Firma del agente</b>	<b>Lugar y fecha</b>	

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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de diciembre de 2024, con el número CNSF-S0048-0427-2024/CONDUSEF-006662-01**



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

**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		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 **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.



# 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?

Familiar       Esposo(a) o cónyuge       Amigo o conocido       Agente

Familia  Esposo(a) o pareja  Amigo o conocido  Otro

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono (con clave de ciudad): \_\_\_\_\_ Celular (con clave de ciudad): \_\_\_\_\_

## Contacto 2

¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?

Familiar       Esposo(a) o cónyuge       Amigo o conocido       Agente

**Apellido paterno:** \_\_\_\_\_ **Apellido materno:** \_\_\_\_\_ **Nombre(s):** \_\_\_\_\_

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

## Información de la programación

Cirugía debido a un accidente       Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad)  
 Cirugía debido a una enfermedad       Medicamentos y/o equipo médico       Quimioterapia  
 Cirugía por maternidad       Hemodiálisis       Radioterapia  
 Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio)       Rehabilitación  
 Segunda opinión médica       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:								
<b>Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección</b>								
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:								
<b>Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección</b>								
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

No acepto

**Firma del Asegurado:**

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

Sí acepto

No acepto

**Firma del Asegurado:**