

Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante titular)				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)		Folio Pegaso
R.F.C.		C.U.R.P.		
Estado civil <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Soltero-divorciado-viudo <input type="checkbox"/> Casado-uniión libre		Edad	Nacionalidad	
Para personas físicas Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____		
Residencia Fiscal en el extranjero <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> No		¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		
Correo electrónico	Actividad o giro mercantil	Ingresos (sólo personas físicas)	Ocupación o profesión	
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044		
Llenar estos datos en caso de ser extranjero, ser ciudadano de los Estados Unidos o residente fiscal en el extranjero				
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
Código postal				
Población o ciudad	Estado	País	No. de Identificación Fiscal	Teléfono
Para personas morales Nombre(s) del(los) apoderado(s) legale(s)				
¿La entidad tiene residencia fiscal en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, País _____ <input type="checkbox"/> No			Folio mercantil	
¿Existen personas físicas que posean o controlen (directa o indirectamente) el 25% o más del capital o derechos de voto de la persona moral contratante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Dichas personas son ciudadanos o residentes para efectos fiscales en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> País _____ <input type="checkbox"/> No				
Datos del solicitante titular				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)	
R.F.C.		C.U.R.P.		
Estado civil <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Soltero-divorciado-viudo <input type="checkbox"/> Casado-uniión libre		Relación con el contratante	Nacionalidad	
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	

Residencia Fiscal en el extranjero <input type="checkbox"/> Sí, País _____ <input type="checkbox"/> No			¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, País _____ <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Edad	Firma Electrónica Avanzada (FIEL)			
Correo electrónico		Actividad o giro mercantil	Ingresos (sólo personas físicas)	Ocupación o profesión		
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior		
Colonia		Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044		
Llenar estos datos en caso de ser extranjero, ser ciudadano de los Estados Unidos o residente fiscal en el extranjero						
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	
Población o ciudad		Estado	País	No. de Identificación Fiscal	Teléfono	
Datos del solicitante mancomunado/seguro conyugal						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)		
R.F.C.			C.U.R.P.			
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero-divorciado-viudo		<input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Casado-unión libre		Relación con el contratante	Nacionalidad	
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____			
Residencia Fiscal en el extranjero <input type="checkbox"/> Sí, País _____ <input type="checkbox"/> No			¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, País _____ <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Edad	Firma Electrónica Avanzada (FIEL)			
Correo electrónico		Actividad o giro mercantil	Ingresos (sólo personas físicas)	Ocupación o profesión		
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior		
Colonia		Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044		
Llenar estos datos en caso de ser extranjero, ser ciudadano de los Estados Unidos o residente fiscal en el extranjero						
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	
Población o ciudad		Estado	País	No. de Identificación Fiscal	Teléfono	

Datos del menor (EduAhorro)				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Fecha de nacimiento	
			Día	Mes Año
Edad	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)	Relación con el contratante o solicitante	Nacionalidad
Llenar estos datos en caso de ser extranjero				
Domicilio		No. exterior	No. interior	Colonia
Calle				Código postal
Población o ciudad	Estado	País	Teléfono	
Otros seguros Esta información no faculta a la Compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro				
Solicitante	Ramo	Aseguradora	Suma asegurada	
1. Titular				
2. Cónyuge/Concubino/ Mancomunado				
3. Dependiente/Menor				
Designación de beneficiarios (si elige fideicomiso anexe formatos correspondientes)				
Advertencia: en el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse 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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada (indicar en la columna de solicitante si es el titular, el mancomunado o el menor).				
Solicitante	Cobertura	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de participación

Plan solicitado														
Confirmar características aplicables a cada producto											Suma asegurada			
<input type="checkbox"/> Vida ProTGT	Plazo		Plazo de pagos										Básica \$ _____	
	<input type="checkbox"/> Temporal	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70				
<input type="checkbox"/> Vitalicio	1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70	vitalicio			
<input type="checkbox"/> Vida Inteligente Plus	<input type="checkbox"/> Mi Proyecto R (PPR)	Riesgo <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar		Beneficio por fallecimiento <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Nivelado (no aplica para PPR)								Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Udis <input type="checkbox"/> Dólares		
<input type="checkbox"/> Vida Inteligente	Riesgo <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar		Beneficio por fallecimiento <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Nivelado								Incremento de suma asegurada alcanzada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Mujer Única Inversión	Riesgo <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar		• Cáncer \$ _____		• Fallecimiento \$ _____		• Prima Excedente \$ _____				Nota: Moneda Nacional al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) / Dólares al Consumer Price Index (CPI, sólo en Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión).			
<input type="checkbox"/> Mujer Única Protección			• Cáncer \$ _____		• Temporal \$ _____		• Vitalicio \$ _____							
<input type="checkbox"/> EduAhorro	Plazo de seguro educativo: _____ años Plazo de pago educativo: _____ años		Meta educacional \$ _____										Aportación adicional / Prima excedente / Prima de ahorro (frecuencia igual al pago de prima básica) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Vida Temporal	1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65					
<input type="checkbox"/> Vida Entera	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	vitalicio					
<input type="checkbox"/> Grandes Sumas	Riesgo <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar		5	10	15	20	Edad alcanzada:	65	vitalicio					
<input type="checkbox"/> Sueldo Familiar	Suma Asegurada Básica \$ _____		<input type="checkbox"/> Invalidez BI Exención de Pago de Prima por Invalidez Total y Permanente PAI Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente \$ _____											
<input type="checkbox"/> Vida Académico	• Fallecimiento • BI (Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente)		• Plazo de pagos VPL: _____ • VPL: \$ _____ • Temporal: _____ \$ _____											
Coberturas adicionales	Invalidez Total y Permanente		<input type="checkbox"/> BI Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente		<input type="checkbox"/> ECMI Exención de los Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente		<input type="checkbox"/> PAI Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente \$ _____					Estrategia de inversión		
	Accidentes		<input type="checkbox"/> DI Muerte Accidental		<input type="checkbox"/> DIPO DI + Pérdidas Orgánicas		<input type="checkbox"/> DIPOC DIPO + Muerte Accidental Colectiva		Suma asegurada \$ _____				Fondo Básica Excedente	
	Otros		<input type="checkbox"/> CDC Cobertura de Cáncer (VIP) \$ _____		<input type="checkbox"/> PAE Pago Adicional por Enfermedades Graves \$ _____		<input type="checkbox"/> CC Cobertura Conyugal \$ _____					Conservador _____% _____% Balanceado _____% _____% Crecimiento _____% _____% Dólares _____% _____% Dinámico MX _____% _____% Dinámico EUA _____% _____%		
			<input type="checkbox"/> IAC Indemnización Adicional por Cáncer \$ _____		<input type="checkbox"/> PCD Protección Continua por Desempleo (sólo aplica para empleados de nómina)		<input type="checkbox"/> GF Gastos Funerarios Vida ProTGT, Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única \$ _____ Llenar los datos de los solicitantes y el cuestionario relativo a Gastos Funerarios. En Vida ProTGT y Mujer Única Protección sólo aplica GF Individual.					Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual y dependientes <input type="checkbox"/> Individual y cónyuge <input type="checkbox"/>		
											Total 100% 100%			

Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* *Sólo cargo automático	Forma de pago <input type="checkbox"/> Pago referenciado <input type="checkbox"/> Cargo automático en banco	Tipo de comisión <input type="checkbox"/> Decreciente <input type="checkbox"/> Nivelada
--	---	--

Cuestionarios (si se requiere ampliar información agregarla en hoja anexa)
Ocupación

Solicitante	Descripción y/o detalle de la ocupación y actividad	Lugar de trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)	Material y/o equipo de trabajo	Ingresos anuales
1. Titular				\$
2. Cónyuge/Concubino/Mancomunado				\$
3. Dependiente/Menor				\$

Por el desempeño de su ocupación laboral:	¿Quién(es)?	Especifique
a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
c. ¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Deportes, aficiones y aviación

¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares, de gobierno o militares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Desea cubrir el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si desea cubrir el riesgo, anexe a esta solicitud el cuestionario correspondiente.		

Estatura, peso y hábitos

Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	Fuma		¿Desde cuándo?		Frecuencia					¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta		Frecuencia					¿Usa o ha usado drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta		Frecuencia						
			Sí	No	mes	año	D	S	M	E	C	Sí	No	año	año	D	S	M	E	C	Sí	No	año	año	D	S	M	E	C		
1.																															
2.																															
3.																															

Especifique:

Médico (este cuestionario deberá ser contestado totalmente por cada una de las personas que solicitan cobertura de Vida Individual)

1. ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon, recto, vías biliares, hígado, páncreas, bazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mujeres 15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Endocrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Transmisibles: hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis o cualquier otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en éste o en embarazos anteriores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿De los ojos o de los oídos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Solicitante	No. pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de veces que las ha sufrido	¿Cuándo? día/mes/año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual

Historia familiar

¿En alguno de los solicitantes existen antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de: afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o de trastorno mental? Sí No

En caso afirmativo proporcionar la siguiente información.

Solicitante	Parentesco	Enfermedad(es)	Causa y edad de fallecimiento

Gastos Funerarios Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión (proporcione los datos de los solicitantes para esta cobertura, contesta la pregunta indicando a quien corresponda)

¿Alguno de los solicitantes padece o ha padecido cáncer, leucemia o linfoma en los últimos cinco años, enfermedades cerebrales y mentales, infarto cardiaco, angina de pecho, malformaciones y tratamientos quirúrgicos cardiacos, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), hepatitis "C" o cirrosis, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico?

Cónyuge	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Sexo		Edad	Fecha de nacimiento		
		M	F		Día	Mes	Año
Cónyuge							
Dependiente 1							
Dependiente 2							
Dependiente 3							
Dependiente 4							
Dependiente 5							

Datos del agente (aspectos internos de la Compañía)

	No. agente	Nombre del agente	Comisión	No. promotor	C. de contribución	Producción
Agente 1			%			%
Agente 2			%			%

Notas importantes

Se previene al contratante y al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, el contratante o solicitante declara estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** todos sus antecedentes patológicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. 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, el contratante o solicitante declara bajo protesta de decir verdad que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, son verídicas y están completas, asimismo acepta que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud constituyen la base sobre la que se celebra el contrato de seguro.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que de 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.

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx.

Como contratante o solicitante hago constar que me he enterado de las condiciones generales y exclusiones de la póliza, así como el alcance de la cobertura que en su caso extenderá AXA Seguros, S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

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, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico.

Correo electrónico _____.

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

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

Notas importantes (continuación)

El Cliente declara, garantiza y certifica a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** que (i) todos los pagos de prima así como las aportaciones adicionales a la prima aplicadas a esta póliza, contrato o producto han sido o serán declaradas de manera apropiada a la autoridad fiscal pertinente en la jurisdicción del domicilio habitual del Cliente para efectos de cargos fiscales y/o en cualquier otra jurisdicción que se requiera o sea procedente de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, y (ii) los fondos no proceden, directa o indirectamente, de fuentes o actividades ilícitas y/o de evasión fiscal.

AXA Seguros, S.A. de C.V. ha mantenido por largos años una política de cooperación con autoridades fiscales y gubernamentales para combatir el lavado de dinero, la evasión fiscal y otras actividades ilícitas. En los casos en que el Cliente no sea un residente fiscal de la jurisdicción donde se emita la póliza, contrato o seguro ("Transacción Transfronteriza"), o en los casos en los que el Cliente sea residente fiscal en otro país, AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, así como tratados internacionales de los que México sea parte, revelar a las autoridades fiscales y/o gubernamentales de México y/o del país de origen del Cliente la identidad de éste y determinada información concerniente a la póliza, contrato o producto objeto de este formulario de solicitud; y el Cliente, a su vez, acepta y conviene por la presente en que AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá hacer dicha revelación de manera discrecional. El Cliente se compromete a notificar de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. cualquier cambio de circunstancias referentes a su residencia fiscal y a proporcionar a AXA Seguros, S.A. de C.V. una declaración actualizada dentro de un periodo de 30 días a partir de dicho cambio de circunstancias.

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.

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Exclusivo para personas físicas. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos.

Sí No

En caso afirmativo describa el puesto

Tiempo o periodo

Parentesco o vínculo

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Sí No

Especifique:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?

Sí No

Nombre y porcentaje de participación

Entrevista personal con el cliente

En cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones Legales vigentes, se presenta ante usted el Sr./Sra. _____, agente de seguros con clave número _____, para efectos de entrevistarle y para recabar los datos y documentos de identificación que permitan a esta Compañía contar con su expediente debidamente integrado.

El agente mencionado se presentó ante usted en el domicilio mencionado con anterioridad en este documento.

Sí No

Que corresponda a su

Domicilio particular Domicilio laboral Otro (especificar) _____

Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?

Sí No En caso de contestar "No", especificar la causa y el nombre del tercero por el que actúa

Parentesco o vínculo con usted:

Domicilio de dicha persona:

Teléfono de dicha persona:

En caso de que el tercero sea una persona moral indique:

a) La estructura corporativa:

b) Nombres de los accionistas o socios:

Nota: Se deberán recabar y adjuntar adicionalmente los datos (a través de un Formato Único debidamente llenado y firmado) y documentos de identificación del tercero según el tipo de persona.

Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.

Firma del contratante	Firma del solicitante titular	Firma del solicitante mancomunado	Firma del agente	Lugar y fecha

Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques**Datos 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 (crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°					
3°					

***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 y/o Master Card, 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 la 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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual que integra este producto de seguro, quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de mayo de 2016, con el número CGEN-S0048-0050-2016/ CONDUSEF-G-007700-02.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la unidad especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 01 800 737 7663 (opción 1) y desde la Cd. de México 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escribanos a axasoluciones@axa.com.mx; o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México CDMX C.P 03100 - Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx.

Abreviaturas:**PPR - Plan Personal de Retiro****VPL - Vida Pagos Limitados**

Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx

VI-310 · MAYO 2016

