

## Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de seguro Gastos Médicos Flex Plus

Información de la póliza												
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación		No. de póliza anterior			Moneda <input type="checkbox"/> Nacional			Folio Pegaso				
Fecha de solicitud Día    Mes    Año												
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual*    *Se recomienda por cargo automático												
Conducto de pago <input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito												
Vigencia Desde las 12 hrs.    Día    Mes    Año    Hasta las 12 hrs.    Día    Mes    Año												
Datos del contratante												
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social												
R.F.C.			Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)					
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día    Mes    Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)			Nacionalidad						
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____		Correo electrónico			Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión					
<b>Domicilio</b> 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)						
<b>Para personas morales</b> Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)						Folio mercantil						
Llenar estos datos en caso de ser extranjero												
<b>Domicilio en el lugar de origen</b> Calle				No. exterior		No. interior		Colonia		Código postal		
Población o ciudad			Estado			País		Teléfono				
Datos del solicitante titular												
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno												
Firma Electrónica Avanzada (FIEL)						C.U.R.P.						
R.F.C.			Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)		Fecha de nacimiento		Día    Mes    Año		
Edad	Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión libre <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia							
Ocupación o profesión				Actividad			Correo electrónico					
Domicilio Calle						No. exterior		No. interior		Código postal		
Colonia			Delegación o municipio			Población o ciudad		Estado				
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)						

Llenar estos datos en caso de ser extranjero												
<b>Domicilio</b> Calle				No. exterior		No. interior		Colonia			Código postal	
Población o ciudad			Estado			País			Teléfono			
<b>Otros seguros</b>												
Aseguradora								Suma asegurada				
<b>Cuestionarios</b>												
No. solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular	
						M	F	Día	Mes	Año		
1. Titular												
2. Cónyuge/Concubino												
3. Dependiente												
4. Dependiente												
5. Dependiente												
6. Dependiente												
<b>Reconocimiento de antigüedad</b> (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	AXA Individual				AXA Colectivo				Reconocida			
	Día	Mes	Año	No. póliza	Día	Mes	Año	No. póliza	Día	Mes	Año	
1. Titular												
2. Cónyuge/Concubino												
3. Dependiente												
4. Dependiente												
5. Dependiente												
6. Dependiente												
<b>Ocupación</b>												
No. solicitante	Ocupación / Profesión		Actividad / Giro		Lugar de trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)			Si alguno de los solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo				
1. Titular												
2. Cónyuge / Concubino												
3. Dependiente / Menor												
4. Dependiente												
5. Dependiente												
6. Dependiente												
Sólo para los solicitantes mayores de edad												

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

### Deportes, aficiones y aviación

¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### Estatura, peso y hábitos

Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma?		¿Desde cuándo? (mes / año)	Frecuencia y cantidad en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y cantidad en copas	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1. Titular			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Cónyuge / Concubino			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Dependiente/ Menor			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Médico (este cuestionario deberá ser contestado para cada una de las personas que solicitan las coberturas)

#### 1. ¿Tiene o ha tenido diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?

a. Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

#### 2. Recibe algún tipo de tratamiento de forma constante o por intervalos de tiempo o de manera ocasional por:

a. Molestias o dolor bajo de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte de cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. Cualquier otra causa no mencionada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

#### 3. En los últimos dos años:

a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio o radioterapia o rehabilitación física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**En caso de solicitar la cobertura de preexistencias, ampliar información sobre los padecimientos declarados**

No. solicitante	Nombre de las enfermedades, diagnósticos, afecciones, tratamientos, cirugías, complicaciones, estudios	No. de veces que las ha presentado	¿Cuándo? día / mes / año	Última vez (en caso de ser varias) día/mes/año	Estado actual

**Datos del agente (aspectos internos de la compañía)**

	No. agente	Nombre del agente	Comisión	No. promotor	C. de contribución	Producción
<b>Agente 1</b>			%			%
<b>Agente 2</b>			%			%

**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. 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 historiales médicos 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, 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 mi carácter de solicitante y/o contratante, estoy de acuerdo que en caso de que mi solicitud de seguro sea aceptada las condiciones generales me sean entregadas de forma electrónica descargándolas a través del portal [axa.mx](http://axa.mx)**

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 Xola número 535, piso 27, colonia Del Valle, código postal 03100, 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](http://axa.mx).

**Este documento sólo 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.

**Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**

**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? Especifique: <span style="float: right;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>		
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? <span style="float: right;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	Nombre y porcentaje de participación	

Firma del contratante (sólo si es diferente al solicitante)	Firma del solicitante titular (o de su representante legal si es menor de edad)	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 de la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **AXA Seguros, S.A. de C.V.** en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el(los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario notificaré a la compañía.

Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

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

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de 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 CNSF-S0048-0131-2013 de fecha 28 de junio de 2013.