



☐ Póliza nueva

☐ Póliza de renovación

No. Póliza _____

Datos del Contratante			
Razón social o nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Folio Pegaso	
RFC con homoclave o Núm. de identificación fiscal "NIF" equivalente al país de origen	Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año		
No. de Serie Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)			
Domicilio Calle	No. exterior		
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	
Población o ciudad	Estado		
Nombre completo del representante legal del Grupo		Folio mercantil	Ingresos anuales estimados*
País y estado de nacimiento/constitución	Correo electrónico		Teléfono de contacto
En mi carácter de Contratante solicito de AXA Seguros, S.A. de C.V. la expedición de una Póliza de Seguro de Grupo, de conformidad con las Condiciones Generales que se anexan y de acuerdo con la siguiente información. En caso de ser apoderado o representante legal adjuntar información soporte.			
Plan solicitado			
☐ Respaldo Empresarial ☐ Respaldo Funerario ☐ PlanProtege ☐ Deudor/Bill Protection		Moneda: ☐ Nacional	
Vigencia Desde: Día Mes Año a las 12 horas. Hasta: Día Mes Año a las 12 horas.		Forma ☐ Anual ☐ Semestral de pago: ☐ Trimestral ☐ Mensual	
Pago de la prima: ☐ Contributivo ☐ No contributivo		Porcentaje de contribución de los Integrantes al pago de la prima _____%	
Experiencia: ☐ Propia ☐ Global	Administración de la Póliza ☐ Tradicional (reporte de altas y bajas) ☐ Autoadministrado ¹ ☐ A declaración* *Para este tipo de administración, en caso de otorgarse el Seguro bajo esta solicitud, el Contratante conviene con la Compañía en administrar la recepción y la entrega de los documentos consistentes en Consentimientos, Certificados y en su caso, de pago de dividendos.		
Dividendos: ☐ Sí ☐ No			
Grupo asegurado			
Características ☐ Con relación laboral ☐ Sin relación laboral ☐ Escolar ²		El Integrante se adhiere a este Contrato por: ☐ Prestación ☐ Voluntaria	
Giro Mercantil, actividad u objeto social a la que se dedica el cliente			
No. de miembros que forman el Grupo asegurado			

¹La autoadministración solo se otorga a grupos con relación laboral e inscripción a seguridad social.

²Esta característica del grupo solo aplica para el plan Respaldo Empresarial.



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 1		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: ☐ Jubilados ☐ Pensionados ☐ Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	☐ Indemnización por Muerte Accidental (DI)	☐ Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	☐ Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez:	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	☐ Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	☐ Nacimiento o Adopción de un Hijo ☐ Matrimonio ☐ Trasplante ☐ Divorcio ☐ Titulación ☐ Cáncer ☐ Cirugías ☐ Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	☐ Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal ☐ Hospitalización a Causa de un Accidente ☐ Hospitalización a Causa de una Enfermedad ☐ Cáncer Cervicouterino ☐ Cáncer de Mama ☐ Cáncer de Ovario ☐ Cáncer de Próstata ☐ Cáncer Testicular ☐ Cáncer Colorrectal	☐ Cáncer de Pulmón ☐ Accidente Cerebrovascular Agudo ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Infarto Agudo al Miocardio ☐ Insuficiencia Renal Crónica Grave ☐ Insuficiencia Respiratoria Crónica ☐ Osteoporosis Grave ☐ Conclusión de Bachillerato ☐ Mudanza
*Para el plan "Deudor/Bill Protection" las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal * BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege * La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes * La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico * Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? ☐ Sí ☐ No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)		
Categoría 2		No. de Integrantes
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos		
Regla para determinar la Suma Asegurada		
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: ☐ Jubilados ☐ Pensionados ☐ Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____		
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)		
Por Accidente:	☐ Indemnización por Muerte Accidental (DI)	☐ Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)
Por Invalidez:	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	☐ Nacimiento o Adopción de un Hijo ☐ Matrimonio ☐ Trasplante ☐ Divorcio ☐ Titulación ☐ Cáncer ☐ Cirugías ☐ Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	☐ Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C) ☐ Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT) ☐ Cáncer de Pulmón ☐ Accidente Cerebrovascular Agudo ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Infarto Agudo al Miocardio ☐ Insuficiencia Renal Crónica Grave ☐ Insuficiencia Respiratoria Crónica ☐ Osteoporosis Grave ☐ Conclusión de Bachillerato ☐ Mudanza
*Para el plan "Deudor/Bill Protection" las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal * BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege * La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes * La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico * Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año		
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? ☐ Sí ☐ No		
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):		



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)	
Categoría 3	No. de Integrantes
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos	
Regla para determinar la Suma Asegurada	
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: ☐ Jubilados ☐ Pensionados ☐ Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____	
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)	
Por Accidente: ☐ Indemnización por Muerte Accidental (DI)	☐ Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)
Por Invalidez ☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)
Coberturas Adicionales Estilos de Vida: ☐ Nacimiento o Adopción de un Hijo ☐ Matrimonio ☐ Trasplante ☐ Divorcio ☐ Titulación ☐ Cáncer ☐ Cirugías ☐ Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	☐ Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C) ☐ Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT) ☐ Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal ☐ Hospitalización a Causa de un Accidente ☐ Hospitalización a Causa de una Enfermedad ☐ Cáncer Cervicouterino ☐ Cáncer de Mama ☐ Cáncer de Ovario ☐ Cáncer de Próstata ☐ Cáncer Testicular ☐ Cáncer Colorrectal
☐ Cáncer de Pulmón ☐ Accidente Cerebrovascular Agudo ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Infarto Agudo al Miocardio ☐ Insuficiencia Renal Crónica Grave ☐ Insuficiencia Respiratoria Crónica ☐ Osteoporosis Grave ☐ Conclusión de Bachillerato ☐ Mudanza	
*Para el plan "Deudor/Bill Protection" las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal * BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege * La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes * La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico * Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año	
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):	



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)	
Categoría 4	No. de Integrantes
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos	
Regla para determinar la Suma Asegurada	
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: ☐ Jubilados ☐ Pensionados ☐ Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____	
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)	
Por Accidente:	☐ Indemnización por Muerte Accidental (DI) ☐ Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO) ☐ Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP) ☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA) ☐ Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	☐ Nacimiento o Adopción de un Hijo ☐ Matrimonio ☐ Trasplante ☐ Divorcio ☐ Titulación ☐ Cáncer ☐ Cirugías ☐ Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo ☐ Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal ☐ Hospitalización a Causa de un Accidente ☐ Hospitalización a Causa de una Enfermedad ☐ Cáncer Cervicouterino ☐ Cáncer de Mama ☐ Cáncer de Ovario ☐ Cáncer de Próstata ☐ Cáncer Testicular ☐ Cáncer Colorrectal ☐ Cáncer de Pulmón ☐ Accidente Cerebrovascular Agudo ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Infarto Agudo al Miocardio ☐ Insuficiencia Renal Crónica Grave ☐ Insuficiencia Respiratoria Crónica ☐ Osteoporosis Grave ☐ Conclusión de Bachillerato ☐ Mudanza
*Para el plan "Deudor/Bill Protection" las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal * BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege * La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes * La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico * Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año	
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):	



Descripción de categoría y coberturas (si se requiere ampliar información, agregar en hoja anexa)			
Categoría 5		No. de Integrantes	
Descripción de las ocupaciones de los integrantes, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos			
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Existen miembro del Grupo asegurado que se encuentren: ☐ Jubilados ☐ Pensionados ☐ Incapacitados temporalmente Detalle el No. de integrantes: _____			
Coberturas adicionales solicitadas (no aplica para Respaldo Funerario)			
Por Accidente:	☐ Indemnización por Muerte Accidental (DI)	☐ Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	☐ Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)
Por Invalidez	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)	☐ Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	☐ Beneficio Seguro Saldado por Invalidez (SSIT)
Coberturas Adicionales Estilos de Vida:	☐ Nacimiento o Adopción de un Hijo ☐ Matrimonio ☐ Trasplante ☐ Divorcio ☐ Titulación ☐ Cáncer ☐ Cirugías ☐ Reembolso por Gastos Funerarios de un Familiar Directo	☐ Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal ☐ Hospitalización a Causa de un Accidente ☐ Hospitalización a Causa de una Enfermedad ☐ Cáncer Cervicouterino ☐ Cáncer de Mama ☐ Cáncer de Ovario ☐ Cáncer de Próstata ☐ Cáncer Testicular ☐ Cáncer Colorrectal	☐ Cáncer de Pulmón ☐ Accidente Cerebrovascular Agudo ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Infarto Agudo al Miocardio ☐ Insuficiencia Renal Crónica Grave ☐ Insuficiencia Respiratoria Crónica ☐ Osteoporosis Grave ☐ Conclusión de Bachillerato ☐ Mudanza
*Para el plan "Deudor/Bill Protection" las coberturas adicionales disponibles solamente serán BITP y Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal			
* BITPA y C no se encuentran disponibles en PlanProtege			
* La cobertura "Insuficiencia Renal Crónica Grave" y "Trasplante" son mutuamente excluyentes			
* La cobertura "Cáncer" es excluyente del resto de las coberturas de cáncer específico			
* Los eventos "Matrimonio" y "Divorcio" no serán cubiertos con una diferencia menor a un año			
¿Existen Integrantes de la Categoría que, por el desempeño de sus actividades, viajan juntos o realizan actividades que los exponen a riesgos altos? ☐ Sí ☐ No			
Si la respuesta es Sí, dar detalles (No. de personas, características del transporte o del riesgo, frecuencia, lugares, tiempo, material y/o equipo de trabajo, etc.):			



Datos del agente o intermediario					
	Clave	Nombre	Comisión	Centro de contribución	Participación
1			%		%
2			%		%
3			%		%

Nota importante

Se previene al Contratante y al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del Integrante o del beneficiario en su caso aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Hago constar que me he enterado de las Condiciones Generales de la Póliza que en su caso extenderá AXA Seguros, S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas. Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en [axa.mx](#).

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través del correo electrónico declarado en la presente solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción ☐ No deseo que la documentación me sea entregada vía correo electrónico.

Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las Condiciones Generales a través del portal [axa.mx](#), o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.

Con la presente acompaño debidamente firmados los consentimientos o relación de Integrantes, quienes han firmado sus respectivos consentimientos; tales documentos contienen los datos relativos a cada uno de los Integrantes del Grupo asegurado; la información mínima necesaria de la población a asegurar que debe proporcionar el Contratante a la Compañía es: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), fecha de nacimiento, género, subgrupo, relación del Asegurado con el titular, fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, ocupación, nacionalidad, CURP, relación del Asegurado con el Contratante, fecha de ingreso del Asegurado a la Colectividad, si el Asegurado estuvo asegurado en otra compañía (especifique), número de empleado, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico. Esta información deberá enviarse por medio electrónico, y forman parte de esta solicitud. Incluyo también la cotización previamente autorizada.

Con la firma de la de la presente solicitud, el Contratante conviene con AXA Seguros S.A. de C.V.: mantener los expedientes de identificación de los Asegurados durante toda la vigencia de la Póliza y a entregarlos a AXA Seguros S.A. de C.V. de manera digitalizada en el momento en que esta los requiera o bien al concluir la vigencia de la Póliza.

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud del seguro, en su caso emitir su póliza y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en [axa.mx](#) en la sección Aviso de Privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles donde pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Llenar en caso de que el contratante sea una persona física:

☐ Autorizo que AXA trate mis datos personales patrimoniales y financieros proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas.

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

Certificación del agente o 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.



Con base en lo establecido en las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (en adelante las Disposiciones).

Así como lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., yo agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones. Asimismo, hago constar que los datos recabados fueron obtenidos directamente de una identificación personal vigente así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado o en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos. ☐ Sí ☐ No

Nombre completo de la(s) persona(s) que desempeña(n) o desempeñó el cargo público	Puesto desempeñado
---	--------------------

Nombre del relacionado con la figura pública	Relación
--	----------

Entrevista física con el cliente

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

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima y completar el Formato Único correspondiente.

Actúa en nombre y por cuenta propia ☐ Sí ☐ No

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

Como resultado de la entrevista, el agente ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente. Agradecemos de antemano su atención.

Firma del Contratante	Firma del agente o intermediario	Lugar y fecha
Firma del(los) apoderado(s) legal(es) y puesto que ocupa(n)	Firma del(los) apoderado(s) legal(es) y puesto que ocupa(n)	

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 01 800 737 76 63 (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 Cd. de México C.P 03100 - Tel. (55) 5340 0999 y (800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de diciembre de 2020, con el número CGEN-S0048-0192-2020 / CONDUSEF G-01263-001.