



Flex Plus

Cambios en Solicitud



En Salud Individual nos apegamos a la nueva Regulación de Prevención de Lavado de Dinero y Combate al Financiamiento al Terrorismo.

Notas importantes

- En la etapa de transición hacía el cambio y a fin de continuar con tus trámites, aceptaremos la **solicitud anterior (AI-305 Noviembre 2019) hasta el 31 de enero de 2021.**
- Por lo anterior, **a partir del 1 de febrero de 2021**, solo recibiremos la **nueva solicitud (AI-305 Diciembre 2020)** para la emisión de tus nuevos negocios.
- Recuerda que para dar cumplimiento al Art. 492, será necesario que para todas la solicitudes que ingreses a partir del 1 de enero 2021 recabes la firma en original de tus asegurados en el nuevo formato para el resguardo de tu expediente.

1

Información de la póliza y datos de solicitante titular y contratante.

Se sustituye el apartado cambio de producto por Alta de asegurado.*

Cambio de orden, ahora primero se indican los datos del titular y contratante (en caso de ser la misma persona)

Nombre como aparece en su identificación oficial

RFC o número de identificación fiscal (NIF)

Cambio de firma electrónica avanzada por Número de serie del certificado FIEL

Se elimina el apartado de datos en caso de tener nacionalidad extranjera.

Información de la Póliza											
Póliza ☐ Nueva ☐ Alta de Asegurado					Número de Póliza para alta						
Fecha de solicitud					Día		Mes		Año		
Vigencia (debe cumplir con las políticas internas)					Desde las		Hasta las				
					Día		Mes		Año		
12 horas					12 horas						
Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)											
Régimen fiscal ☐ Persona física ☐ Persona moral											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social											
RFC o número de identificación fiscal (NIF)					CURP						
País y estado de nacimiento					Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino						
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día		Mes		Año		
Actividad o giro mercantil					Ocupación o profesión			Correo electrónico			
Domicilio								No. exterior		No. interior	
Calle											
Colonia								Estado			
Tel. particular								Tel. oficina		Tel. celular	
Para personas morales								Folio mercantil			
Nombre(s) completo(s) de(los) representante(s) legal(es)											

Ingresar los datos de domicilio del contratante, estos deberán coincidir con el comprobante de domicilio entregado

1a

Ejemplo del acuse recibido por el SAT en donde aparece el número de serie del certificado FIEL.

CERTIFICADO Web - Windows Internet Explorer


ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA
DE
HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO

SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA

COMPROBANTE DE SOLICITUD DE
RENOVACIÓN DE CERTIFICADO DE FEA

NÚMERO DE OPERACIÓN: 070200037817
FECHA: 2007-02-21 09:17:52

EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA CERTIFICA QUE EL CONTRIBUYENTE:
CORTÉS RODRÍGUEZ ADRIÁN

CON RFC: CORA771215423 ENTREGÓ EL ARCHIVO: CORA771215_07021944257.ren
QUE CONTIENE LA SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE SU CERTIFICADO DE FIRMA
ELECTRÓNICA AVANZADA.
ASIMISMO, QUE COMO RESULTADO DEL PROCESO QUEDA A PARTIR DE ESTE MOMENTO,
REVOCADO EL CERTIFICADO ANTERIOR CON NÚMERO DE SERIE: 0000100000000250765, SE LE
HACE ENTREGA DE UN ARCHIVO QUE CONTIENE SU NUEVO CERTIFICADO DE FIRMA
ELECTRÓNICA AVANZADA CON NÚMERO DE SERIE: 00001000000001010784 Y LLAVE PÚBLICA:
MIGJAcGEMhIvYjIQMyEKhgicmr0HbWdPD6Hs1c0C1z4wHbBDF+UpjCTQc0L7E1hNbzg9Q56Kx
2BbU9i1EEHPYci1BuiDLcNtYUd2HgUdkn66X5cIy0Xhazv9+98guwtqg8hdx1Y6g3cB67567hJDBQ
nZRNru7jVtB5K0kew0SRx0N5b0Hfxy1AgHBAAX=

Número de
operación y
fecha

Nombre

RFC

Archivo .ren

No. de serie
del certificado
anterior

No. de serie
del certificado
nuevo

Continúa

2

Información de la póliza y datos de solicitante titular y contratante.

Cambio de orden, ahora en segundo plano, datos del contratante (solo si es diferente al solicitante titular).

Si el contratante y titular es la misma personas, no es necesario llenar este apartado.

Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)									
Régimen fiscal ☐ Persona física ☐ Persona moral									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social									
RFC o número de identificación fiscal (NIF)					CURP			País y estado de nacimiento	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa			Día Mes Año		Número de serie del certificado FIEL		
Nacionalidad(es)		Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión			Correo electrónico	
Domicilio 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) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)								Folio mercantil	

3 Coberturas adicionales.

Coberturas adicionales Flex Plus®	
☐ Medicamentos Fuera del Hospital	
☐ Maternidad Extendida	☐ \$25,000 Moneda Nacional ☐ \$45,000 Moneda Nacional
☐ Preexistencia	
☐ Cliente Distinguido	
☐ Deducible 0 por Accidente	
☐ Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos	
☐ Cobertura Nacional	
☐ Continuidad Garantizada Complementos: ☐ Sí ☐ No	No. de Póliza Colectiva AXA _____ No. de certificado AXA _____
☐ Emergencia en el Extranjero	



Para la cobertura de continuidad garantizada se agrega el concepto “Complementos” opciones Si/No

¡Próximamente espera noticias de los ajustes en la cobertura!

4

Datos de los dependientes de la póliza.

Datos de los Solicitantes							
No. Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*							
2. Solicitante*							
3. Solicitante*							
4. Solicitante*							
5. Solicitante*							
6. Solicitante*							
7. Solicitante*							
8. Solicitante*							
9. Solicitante*							
10. Solicitante*							
¿Alguno de los solicitantes habita en un domicilio diferente al del Titular? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor, indicar el domicilio de cada solicitante en el formato AI-458 Anexo Flex Plus® Domicilio .							

En caso de que el domicilio de alguno de los solicitantes sea diferente al del titular, indicar los datos de cada uno en el nuevo formato AI-458 Anexo Flex Plus Domicilio, que podrás descargar en la siguiente ruta: Portal de Distribución > Salud > Productos Individuales > Flex Plus > Solicitudes y formatos > Solicitud Flex Plus.

5

Actualización de leyendas en apartados.

Datos Personales (Aviso de Privacidad), Artículo 492 y entrevista con el cliente.



¡Contamos con tu apoyo para
adaptarnos al cambio!