



Vida y Ahorro Solicitud ProteCáncer

Datos del Contratante					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
RFC		CURP			
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión libre <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia		Edad			
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)		Nacionalidad		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	
Peso _____		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	
Estatura _____		Día Mes Año			
Fuma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión	
Domicilio				No. exterior	No. interior
Calle					
Colonia		Código postal		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)	
01		01			
Llenar estos datos en caso de ser extranjero					
Domicilio		No. exterior	No. interior	Colonia	
Calle					
Población o ciudad		Estado		País	
				Teléfono	
Cuestionarios					
Ocupación					
1. ¿Por el desempeño de su ocupación, practica deportes o aficiones que lo dejen expuesto(a) a situaciones que pongan en peligro su vida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
2. ¿Vuela en aeronaves en líneas aéreas particulares, de gobierno o militares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Ocupación/Actividad					

Médico					
1. ¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades o afecciones: cáncer de cualquier tipo, grado o localización incluyendo leucemia o linfoma, diabetes y/o insuficiencia renal, neurológicas, cerebrovasculares y mentales, infarto cardiaco o angina de pecho, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus del Papiloma Humano (VPH), hepatitis C o cirrosis, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
2. ¿Tiene pendiente alguna operación, hospitalización, estudios de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Virus del Papiloma Humano (VPH)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Otros seguros					
1. Si ya tiene contratado otro(s) seguro(s) en este mismo plan, indique el total de suma asegurada:					
Características del seguro					
Coberturas amparadas		<input checked="" type="checkbox"/> Fallecimiento		<input checked="" type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Cáncer	
Suma asegurada		<input type="checkbox"/> \$300,000 <input type="checkbox"/> \$400,000 <input type="checkbox"/> \$500,000			
Frecuencia de pago			Forma de pago		
<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		
Moneda			Tipo de comisión		
<input checked="" type="checkbox"/> Nacional			<input checked="" type="checkbox"/> Nivelada		



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 solo 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.

1	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento	% de participación
	Domicilio (calle, número int., número ext., colonia, delegación o municipio, población o ciudad, estado)			
2	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento	% de participación
	Domicilio (calle, número int., número ext., colonia, delegación o municipio, población o ciudad, estado)			
3	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento	% de participación
	Domicilio (calle, número int., número ext., colonia, delegación o municipio, población o ciudad, estado)			

Datos del agente (aspectos internos de la compañía)

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

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 Solicitante declara estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si esta 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 la 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 verdaderas 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.

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en la Ciudad de México, México le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del Contrato de Seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en 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 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. Firma _____

Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros. Sí No Firma _____ En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares (Solicitantes), acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA, favor de marcar la siguiente casilla: Sí No

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.

Lo invitamos a revisar los detalles de coberturas, exclusiones y restricciones de su Póliza en la documentación contractual, o bien 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 Institución 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.



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:

Nombre y porcentaje de participación

Actúa en nombre y por cuenta propia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa
-------------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	Parentesco o vínculo con usted
--------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Domicilio de dicha persona

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 (solo si es diferente al Solicitante)	Firma del agente	Lugar y fecha

Si tiene alguna queja comuníquese a:

Unidad Especializada de Atención a Quejas: ubicada 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
Condusef: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Cd. de México, código postal 03100, Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx

Cargo automático

Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques

Datos del Contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

Datos del tarjetahabiente (solo en caso de ser diferente al Contratante) (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Relación con el Contratante

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación se señalan, 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)
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.** 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 con el tipo de cambio establecido por el Banco de México en la fecha de pago, 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)** Rechazo bancario **c)** Cancelación de Póliza

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el 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 y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 4 de enero de 2017, con el número CNSF-S0048-0011-2017 / CONDUSEF-001826-01.



Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx