



Información del Contratante y del Cónyuge.

Contratante.

Ocupación (detallar actividad y lugar, mencionando si utiliza maquinaria especial):

Ingresos anuales: \$ _____ Antigüedad _____ años

Medio habitual de transporte (relacionado o no con su trabajo).

Auto Autobús Avión línea regular Avión línea no regular
Tren Helicóptero Otros

Frecuencia de viajes: Diario Semanal Quincenal Mensual Anual

Cónyuge.

Ocupación (detallar actividad y lugar, mencionando si utiliza maquinaria especial):

Ingresos anuales: \$ _____ Antigüedad _____ años

Medio habitual de transporte (relacionado o no con su trabajo).

Auto Autobús Avión línea regular Avión línea no regular
Tren Helicóptero Otros

Frecuencia de viajes: Diario Semanal Quincenal Mensual Anual

- 1) ¿Usa Ud. armas de fuego o arma blanca?
 - 2) ¿Su área de trabajo conlleva algún riesgo especial?
 - 3) ¿Tiene otra ocupación o fuente de ingresos adicionales? (no incluir rentas o inversiones).
- En caso de respuesta afirmativa, favor de ampliar información:

| Contratante | | Cónyuge | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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"/> |

Deportes o aficiones. Si practican algún deporte peligroso como buceo, alpinismo, motociclismo con o sin competencia, motonáutica, caza, ¿es o ha sido piloto aviador?, etc. será necesario llenar los cuestionarios correspondientes, especificando si es Contratante, Cónyuge o ambos.

Aviación:

¿Viaja en aviones particulares? En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación.

| Contratante | | Cónyuge | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Cuestionario General y Hábitos del Contratante.

Estatura: _____ mts. Peso: _____ kgs.

¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses? Sí No Kilogramos disminuidos o aumentados _____ kgs.

Actualmente fuma Ud. Cigarrillos Pipa Puro
Cantidad diaria _____ No fuma

¿En qué fecha Año / Mes / Día dejó de fumar? _____ ¿Durante cuánto tiempo fumó? _____

¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí No Cuál(es) _____ (Ron, brandy, whisky, etc.)

Frecuencia _____ Cantidad: _____ (Diaria, semanal, quincenal, etc.) (3,4,5 ó más copas)

Nombre del médico que acostumbra consultar: _____
Domicilio del médico: _____

Cuestionario General y Hábitos del Cónyuge

Estatura: _____ mts. Peso: _____ kgs.

¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses? Sí No Kilogramos disminuidos o aumentados _____ kgs.

Actualmente fuma Ud. Cigarrillos Pipa Puro
Cantidad diaria _____ No fuma

¿En qué fecha Año / Mes / Día dejó de fumar? _____ ¿Durante cuánto tiempo fumó? _____

¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí No Cuál(es) _____ (Ron, brandy, whisky, etc.)

Frecuencia _____ Cantidad: _____ (Diaria, semanal, quincenal, etc.) (3,4,5 ó más copas)

Nombre del médico que acostumbra consultar: _____
Domicilio del médico: _____

Cuestionario Médico.

- 1) ¿Ha sido internado y/o atendido en algún hospital, clínica o consultorio para diagnóstico por padecer o haber padecido alguna enfermedad, afección o lesión, tratamientos por abuso de alcohol, o por uso de sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos u otras?
- 2) ¿Le falta algún miembro o parte de él, tiene alguna deformidad, defecto en la vista o en la audición?
- 3) ¿Ha consultado al médico por infección de transmisión sexual, le han practicado pruebas de laboratorio para detectar alguna enfermedad específica? (Diabetes, SIDA, etc.).
- 4) ¿Le han aplicado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos 5 años, se ha practicado estudios de Rayos X, Electrocardiografía, pruebas de laboratorio o alguna otra prueba?
- 5) Si es mujer: ¿actualmente está Ud. embarazada? Meses: _____

| Contratante | | Cónyuge | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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"/> |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

En caso de respuesta afirmativa del cuestionario médico, dar amplia información (especificando si se trata del contratante o del cónyuge).

| Número de pregunta | Contratante/ Cónyuge | Nombre de las enfermedades afecciones, lesiones, estudios. | No. de veces que las ha sufrido | Fecha Año / Mes / Día | Duración | Estado Actual |
|--------------------|-------------------------|--|---------------------------------|-----------------------|----------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Otros seguros de vida (deberá llenarse en todos los casos).

¿Ha hecho otras solicitudes de seguro en los últimos 2 años? **Contratante** Sí No | **Cónyuge** Sí No En caso afirmativo detallar:

| Contratante/ Cónyuge | Compañía | Fecha Año / Mes / Día | Aceptado o rechazado | Normal o subnormal | Suma asegurada | No(s). de póliza(s) |
|-------------------------|----------|-----------------------|----------------------|--------------------|----------------|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Referencias del Contratante (deberá llenarse en todos los casos). Proporcionar datos de tres personas, que le conozcan. Si es persona moral dar referencias del solicitante.

| Nombre | Domicilio | Teléfono |
|--------|-----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |



Información del Menor Solicitante. (Deberá llenarse en todos los casos).

Cuestionario General y Hábitos.

¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses Sí No Kilogramos Disminución: _____ Kilogramos Aumento: _____ Causa: _____
Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kgs.
Nombre del médico que acostumbra consultar: _____
Domicilio del médico _____

Historia familiar. ¿Han padecido sus padres o hermanos?

Insuficiencia renal Sí No Diabetes Sí No Cáncer Sí No SIDA Sí No
Afecciones cardíacas Sí No Hipertensión arterial Sí No Epilepsia Sí No Demencia Sí No
Otros Sí Especificar: _____

| | Edad | Estado de salud (si no es bueno dar detalles) | Edad al fallecimiento | Causa |
|--------|------|---|-----------------------|-------|
| Madre: | | | | |
| Padre: | | | | |

Cuestionario Médico.

- ¿Padece o ha padecido actualmente alguna enfermedad, afección o lesión; está sujeto a algún tratamiento por abuso de alcohol, o por uso de sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos u otras; tiene pendiente alguna intervención quirúrgica, le falta algún miembro o parte de él? Sí No
- ¿Tiene alguna deformidad o malformación, defecto visual y/o auditivo; se ha practicado alguna intervención quirúrgica; ha consultado al médico en los últimos dos años? Sí No
- ¿Le han practicado pruebas de laboratorio para detectar alguna enfermedad específica? (Diabetes, embarazo, SIDA, etc.) Sí No

En caso de alguna respuesta afirmativa del cuestionario médico, dar amplia información

| Número de pregunta | Nombre de las enfermedades afecciones, lesiones, estudios. | No. de veces que las ha sufrido | Fecha Año / Mes / Día | Duración | Estado Actual |
|--------------------|--|---------------------------------|-----------------------|----------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nota Importante: (Debe leerlo antes de firmar).

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, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido, para que participen con AXA Seguros, S.A. de C.V. todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a AXA Seguros la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez AXA Seguros proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Expreso mi conformidad en el sentido de que si el fallecimiento del solicitante ocurre antes de cumplir doce años de edad, la responsabilidad de la Compañía se reducirá a la devolución al contratante de la póliza, del valor en efectivo acumulado a la fecha en que esto ocurra.

Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo 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.

“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, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”.

Firma del solicitante Firma del contratante Firma Cónyuge Lugar y fecha
(o de su representante legal si es menor de edad) (En caso de solicitar seguro mancomunado)

Informe Completo del Agente. (Deberá llenarse en todos los casos)

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? _____ ¿En cuánto estima ud. los ingresos anuales de su cliente? \$ _____
¿Le consta que su cliente firmó esta solicitud? Sí No ¿Recomienda Ud. a su cliente por su moralidad, reputación y ocupación? Sí No
¿Conoce algún hecho en contradicción con las respuestas del contratante? Sí No ¿Cuál? _____
¿Cuántos hijos tiene su cliente? Número _____ Edades _____ ¿Cuántos dependen de él? _____
¿Cuál es el grado máximo de estudios de su cliente? _____ ¿Cuántos automóviles propios tiene su cliente? _____
¿La casa en donde vive su cliente es de su propiedad? Sí No Casa Departamento Condominio

Firma del agente (de conformidad de las respuestas que anteceden).

Lugar y fecha

Para uso exclusivo de Axa Seguros, S.A. de C.V.

| Número de póliza | Suma por fallecimiento | Vigor/Cancelado | Número de póliza | Suma por fallecimiento | Vigor/Cancelado |
|------------------|------------------------|-----------------|------------------|------------------------|-----------------|
| | | | | | |

Dictamen

Subnormalidad _____ Fumador _____ Tipo de reaseguro _____
Coberturas Suma asegurada Médica Ocupacional
Factor Plazo Factor Plazo

Validez del examen _____ Fecha de emisión: _____

| Reaseguro facultativo | Distribución de reaseguro |
|-----------------------|---------------------------|
| | |