

No. de Solicitud _____ No. de Cliente _____ Folio _____

Asegurado Titular (contratante / solicitante, persona que paga la prima)

Sexo: Mas. Fem.

(Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s) o Razón Social)

R.F.C. _____ Domicilio: Calle y No. _____

Col. o Pob. _____ Del. o Mpio. _____ C.P. _____

Ciudad _____ Edo. _____ Tel. _____ e-mail _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre

Año _____ Mes _____ Día _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ años Lugar de nacimiento: _____

¿Desea incluir un Segundo Asegurado? Sí No En caso afirmativo, llenar toda la información sobre el Segundo Asegurado.

Segundo Asegurado*

Sexo: Mas. Fem.

(Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s) o Razón Social)

R.F.C. _____ Relación con el Asegurado Titular: _____

Año _____ Mes _____ Día _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre Edad: _____ años Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Moneda: Dólares Nacional con Incremento al I.N.P.C. Forma de Pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Solicitud por Primas:
 Prima Anual que desea pagar (sin incluir prima excedente) \$ _____
 (Para calcular las Sumas Aseguradas se considerará la moneda y Beneficios Adicionales seleccionados)

Prima Excedente: Si opta por un plazo de pago menor al plazo del seguro, se requerirá prima excedente para Autofinanciamiento.
 Plazo de Pago: Durante el Plazo del Seguro Otro _____ años
 Prima Excedente: Cantidad Fija \$ _____ un _____ % de la prima

Planes Disponibles

Básico		Adicionales		Sumas Aseguradas	
Titanium <input type="checkbox"/>	Milenium <input type="checkbox"/>	Accidentes	Invalidez	Asegurado Titular	Segundo Asegurado*
Protección		<input type="checkbox"/> Muerte Accidental (DI)	<input type="checkbox"/> Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Temporal - 10	<input type="checkbox"/> Temporal - 20*	<input type="checkbox"/> más Pérdidas Orgánicas (DIPO)	<input type="checkbox"/> Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Temporal - 90 con Pzo. Pag. 20		<input type="checkbox"/> más Muerte Accidental Colectiva (DIPOC)	<input type="checkbox"/> Exención de Pago de Primas por Invalidez o Muerte del Contratante (BIM)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Temporal - Edad Alcanzada 90		Invalidez		\$ _____	\$ _____
En caso de que el plan tenga opción de protección Plus lo desea: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Enfermedad		\$ _____	\$ _____
Sumas Aseguradas		<input type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Cáncer (IAC)		\$ _____	\$ _____
Asegurado Titular	Segundo Asegurado*	Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/> Opción 1**		
\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Opción 2**		

* Segundo Asegurado sólo puede existir en el caso de Temporal-20

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 hiciere de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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.

Beneficiarios del Asegurado Titular. (Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s))	Parentesco (para efectos de identificación)	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Beneficiarios del Segundo Asegurado* - (o cónyuge en caso de Gastos Funerarios Familiar)	Parentesco	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Asegurados Adicionales de Gastos Funerarios Familiar	Beneficiarios	%
Hijo 1	_____	100
Hijo 2	_____	100
Hijo 3	_____	100

Fideicomiso de Sumas Aseguradas contratado con AXA Seguros (Favor de llenar el formato respectivo)

Administración de la Suma Asegurada en el Fideicomiso. Forma Clave (FI-001-3) ó Contratación de pagos de rentas a través de AXA Seguros. Forma Clave (FI-008-9) Participación de la Suma Asegurada para el Fideicomiso _____ %

Datos del Agente						
No. agente	No. promotor	Nombre del agente	Participación	C. de utilidad División	Promotoría Regional	Comisión Nivelada
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

AXA Seguros, S.A. de C.V. - Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco, 10400 México, D.F.
 Tels.: 5169 1000 • 5169 2500 • 01 800 900 1AXA • www.axa.com.mx

Por medio del presente autorizo a **AXA Seguros** para que efectúe cargos a mi cuenta, por el importe de primas que correspondan al seguro contratado de la **Póliza No.:** _____

En este caso fungirá como recibo de pago el estado de cuenta de la tarjeta o de la cuenta a la que se le haya realizado el cargo, el cual hará prueba plena del pago de las primas.

Para la cancelación de cargos, ésta deberá ser solicitada por escrito y entregarla en la oficina de **AXA Seguros**, ubicada en Av. Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco; en el área de Servicio a Asegurados, un mes antes de la fecha deseada. En caso de que por causas imputables al asegurado no pueda efectuarse el cargo correspondiente, el seguro se dará por terminado.

Folio LL

Año _____ Mes _____ Día _____

Fecha: _____

Nombre del tarjetahabiente: _____ Firma: _____

Domicilio: Calle y No. _____

Colonia o Población _____ Delegación o Municipio _____

Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Tels. _____

Nombre del Agente _____ Clave _____

Eximiendo a la Institución bancaria de toda responsabilidad que pudiera liberarse, respecto a cargos que AXA Seguros, S.A. de C.V. realice a esta cuenta.

Banco	Tarjeta Débito, Crédito, cta. Cheq.	No. de Cuenta	Vencimiento
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch	_____	_____

El Contratante deberá llenar esta solicitud escribiendo con letra de molde y tinta azul o negra. No debe omitir ningún dato.

VI-254-8

VI-254-8

Información del Asegurado Titular y del Segundo Asegurado*

Asegurado Titular

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

Segundo Asegurado*

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

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).

Asegurado Titular		Segundo Asegurado*	
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, favor de ampliar información:

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 Asegurado Titular, Segundo Asegurado* o ambos.

Aviación:

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

Asegurado Titular		Segundo Asegurado*	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cuestionario General y Hábitos del Asegurado Titular.

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

¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí No Cuál(es) _____
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 Segundo Asegurado*

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

¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí No Cuál(es) _____
Frecuencia _____ Cantidad: _____
(Diaria, semanal, quincenal, etc.) (3,4,5 ó más copas)

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

Cuestionario Médico.

- 1) ¿Padece actualmente o ha padecido alguna enfermedad, afección o lesión, tiene pendiente alguna intervención quirúrgica, o está sujeto a algún tratamiento?
- 2) ¿Le falta algún miembro o parte de él o tiene alguna deformidad?
- 3) ¿Tiene algún defecto en la vista o algún defecto auditivo?
- 4) ¿Ha consultado al médico por infecciones de transmisión sexual o se le han practicado pruebas especiales de laboratorio para diagnosticar alguna enfermedad específica? (como diabetes, SIDA, etc.).
- 5) ¿Se le ha aplicado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos 5 años?
- 6) ¿Se le ha practicado electrocardiogramas o estudios con rayos X?
- 7) ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica o ha sido internado en algún hospital o clínica para diagnósticos o tratamiento?
- 8) ¿Ha consultado al médico los últimos dos años?
- 9) ¿Usa o ha usado sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, otras?
- 10) Si es mujer: ¿actualmente está Ud. embarazada?

Asegurado Titular		Segundo Asegurado*	
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"/>
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"/>
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Meses: _____		Meses: _____	

En caso de respuesta afirmativa del cuestionario médico, dar amplia información
(especificando si se trata del Asegurado Titular o del Segundo Asegurado*).

Número de pregunta	Aseg. Titular/ 2º Asegurado*	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? **Aseg. Titular** Sí No **2º Asegurado*** Sí No En caso afirmativo detallar:

Aseg. Titular/ 2º Asegurado*	Compañía	Fecha Año / Mes / Día	Aceptado o rechazado	Normal o subnormal	Suma asegurada	No(s). de póliza(s)

Referencias del Aseg. Titular (deberá llenarse en todos los casos). Proporcionar datos de tres personas, que le conozcan.

Nombre	Domicilio	Teléfono

Nota importante: (Debe leerlo antes de firmar).

Se previene 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 podrá 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, estoy dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo considera conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones de médicos que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a 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 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.

Para los 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 que 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.

Para personas que padezcan Diabetes y/o Enfermedades Cardiovasculares y/o tengan sobrepeso, se analizará su probable aceptación mediante la presentación de la información médica que sea necesaria a juicio de la Compañía de Seguros. En caso de ser aceptadas se les cobrará una extraprima.

“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 Asegurado Titular

Firma del Segundo Asegurado*

Lugar y fecha

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