



Datos Generales

Formato de Condiciones Generales Libro Cd Vida GM Autos Hogar

Contratante (sólo si es diferente al Solicitante).

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social

RFC		Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)				Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento / Constitución de la Empresa	Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión Libre	
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad					Correo Electrónico		

Domicilio

Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal
Delegación o Municipio	Población o Ciudad	Estado		Tel. particular	Tel. oficina	Tel. celular

Solicitante. Asegurado Titular / Titular de la Ubicación

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

RFC		Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)				Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión Libre	
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad					Correo Electrónico		
Relación con el Contratante							

Domicilio. Asegurado Titular / Ubicación por Asegurar

Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal
Delegación o Municipio	Población o Ciudad	Estado		Tel. particular	Tel. oficina	Tel. celular

Otros Seguros. Para Seguros de Vida esta información no faculta a la Compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la LSCS.

Ramo	Aseguradora	Suma Asegurada

Datos del Agente (aspectos internos de la Compañía)

	No. de Agente	Nombre del Agente	Comisión	No. Promotor	C. de Contribución	Producción
Agente 1			%			%
Agente 2			%			%

Folio Pegaso (1)

Art. 140. (LGISMS)

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 período Parentesco o vínculo

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? **Sí** **No**

Especifique:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? **Sí** **No**

Nombre y porcentaje de participación:

Firma

Si el contratante es persona moral o persona física con representante legal o la prima es igual o mayor a 10,000 dólares, favor de llenar formato único clave GA-082.

Folio Pegaso (2)



Plan Solicitado

(Confirmar disponibilidad de plazos, moneda y beneficios adicionales de cada producto)

<input type="checkbox"/> Vida Temporal		1 5 10 15 20 25						Edad alcanzada	60	65	Suma Asegurada Básica \$ _____ Seg. Conyugal \$ _____	
		5 10 15 20*						Edad alcanzada	60*	65*		
<input type="checkbox"/> Vida Dotal		* Deducible:								Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Udis (sólo Eduplan)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
<input type="checkbox"/> Grandes Sumas		Riesgo: <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar		5 10 15 20		Edad alcanzada	65	vitalicio				
<input type="checkbox"/> Vida Entera		Plazo de Pagos 5 10 15 20 25 Edad alcanzada 60 65 vitalicio										
<input type="checkbox"/> Eduplan		<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 22								Incremento de Suma Asegurada Alcanzada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Vida Milenium		Beneficio por fallecimiento:		<input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Plus		10 20 90 90-20				Nota: Moneda Nacional al INPC Dólares al CPI (V. Rendimiento)		
<input type="checkbox"/> Vida Titanium		Riesgo:		<input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar								
<input type="checkbox"/> Vida Rendimiento		Beneficio por fallecimiento:		<input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Nivelado						Aportación Adicional / Prima excedente (Frecuencia igual al pago de prima básica) \$ _____ Anual		
Beneficios Adicionales	Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> BI Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> ECMI Exención de los costos de seguros por Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> BIM Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente o Muerte del Contratante	<input type="checkbox"/> BEM Exención de pago de primas por Muerte del Contratante	<input type="checkbox"/> PAI Pago adicional por Invalidez Total y Permanente \$ _____ Seg. Conyugal \$ _____				Esquema de Rendimiento (Llenado obligatorio, aplica sólo en Vida Rendimiento)		
	Accidentes	<input type="checkbox"/> DI Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> DIPO DI + Pérdidas Orgánicas	<input type="checkbox"/> DIPOC DIPO + Accidente Colectivo	Suma Asegurada \$ _____ Seg. Conyugal \$ _____				Fondo	Básica	Excedente	
	Otros	<input type="checkbox"/> PAF Pago adicional por Fallecimiento del Contratante \$ _____	<input type="checkbox"/> PAIF Pago adicional por Invalidez Total y Permanente o Fallecimiento del Contratante \$ _____	<input type="checkbox"/> Vida en Vida \$ _____		<input type="checkbox"/> CC Cobertura Conyugal \$ _____				Conservador _____%	Balanceado _____%	Crecimiento _____%
	<input type="checkbox"/> IAC Indemnización Adicional por Cáncer \$ _____ Seg. Conyugal \$ _____		<input type="checkbox"/> GF Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar (anexar relación de asegurados)		<input type="checkbox"/> Opción 1 <input type="checkbox"/> Opción 2 (Suma asegurada establecida)				Dólares _____%	Udi _____%	Euro _____%	Total 100 % 100 %

Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual*		* Sólo cargo automático		Conducto de Pago <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático		Tipo de Comisión <input type="checkbox"/> Decreciente <input type="checkbox"/> Nivelada	
--	--	-------------------------	--	--	--	---	--

Solicitante Asegurado Mancomunado / Seguro Conyugal

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento _____

Día Mes Año

RFC _____ Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País) _____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino

Nacionalidad: Mexicana Extranjera Estado Civil: Soltero - Divorciado - Viudo Casado - Unión Libre Correo Electrónico _____ Relación con el Contratante /Solicitante _____

Domicilio. Calle _____ No. Exterior _____ No. Interior _____ Colonia _____ Código Postal _____

Delegación o Municipio _____ Población o Ciudad _____ Estado _____ Tel. particular _____ Tel. oficina _____ Tel. celular _____

Solicitante Asegurado Menor (Eduplan)

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento _____

Día Mes Año

RFC _____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino Relación con el Contratante /Solicitante _____

Designación de Beneficiarios (si elige Fideicomiso o Pago de Rentas, anexar 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 deben 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 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 lo concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. (Indicar en la columna de Solicitante si es el Titular, el Mancomunado o el Menor).

Solicitante	Cobertura	Nombre(s) - Apellido paterno - Apellido materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de Participación



Productos de AXA Seguros, S.A. de C.V.	Nivel Hospitalario					Suma Asegurada	Deducible			Coaseguro %
	360	270	180	90	45					
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin Límite	\$		MN	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Multiprotección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin Límite	\$		MN	10 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Plus Mil						1,000,000 USD	<input type="checkbox"/> 500 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD	<input type="checkbox"/> 1,000 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> 3,000 USD <input type="checkbox"/> 20,000 USD	10 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Especial Sureste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Sin Límite	\$		MN	30 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos MTY 90						<input type="checkbox"/> \$ 500,000 <input type="checkbox"/> \$ 1,000,000 <input type="checkbox"/> \$ 2,000,000 <input type="checkbox"/> Sin Límite	<input type="checkbox"/> \$ 5,000 <input type="checkbox"/> \$ 15,000	<input type="checkbox"/> \$ 10,000 <input type="checkbox"/> \$ 20,000		30 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Internacional						1,000,000 USD	<input type="checkbox"/> 500 USD <input type="checkbox"/> 1,500 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD	<input type="checkbox"/> 1,000 USD <input type="checkbox"/> 2,500 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> 3,000 USD <input type="checkbox"/> 3,000 USD <input type="checkbox"/> 20,000 USD	10 %
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales Familiar	Suma Asegurada: \$								MN	

Coberturas Adicionales

<input type="checkbox"/> Programa Cliente Especial	Suma Asegurada para Enfermedades Catastróficas: 1,000,000 USD		
<input type="checkbox"/> CAME	<input type="checkbox"/> Cobertura Elite	Suma Asegurada: 1,000,000 USD	Deducible: <input type="checkbox"/> 1,500 USD <input type="checkbox"/> 3,500 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD
<input type="checkbox"/> Cobertura Tradicional	<input type="checkbox"/> Cobertura Dinero en Efectivo	<input type="checkbox"/> Cobertura Adicional de Vida en Vida	
<input type="checkbox"/> Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> Con Período de Espera <input type="checkbox"/> Sin Período de Espera		<input type="checkbox"/> Titular
<input type="checkbox"/> Paquete de Beneficios Adicionales	Renta:	<input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge	
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura	<input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 Otro \$ _____ (Sujeto a comprobación)	<input type="checkbox"/> Titular y Dependientes	
<input type="checkbox"/> _____ % Inc. Tabla de Proc. Terapéuticos	Asegurados:	Suma Asegurada: \$ _____	
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y Dependientes		

Productos de AXA Salud, S.A. de C.V.

AXA Gastos Médicos Multiprotección. El Nivel Hospitalario es igual al suscrito en Seguros.

Forma de Pago						Conducto de Pago	
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral*	<input type="checkbox"/> Mensual*	* Sólo cargo automático		<input type="checkbox"/> Agente	<input type="checkbox"/> Cargo Automático
Familia Asegurada. En caso de pólizas familiares detalle los miembros solicitantes.						Parentesco con el titular	
No. Solicitante	Nombre Completo (Nombre (s) - Apellido paterno - materno)	Sexo		Fecha de Nacimiento			
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular							
2. Cónyuge/Concubino							
3. Dependiente							
4. Dependiente							
5. Dependiente							
6. Dependiente							

Designación de Beneficiarios.

(sólo en caso de contratar: Accidentes Personales Familiar, Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental, y Paquete de Beneficios Adicionales)

Advertencia: En caso de que 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 deben 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría 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. En los beneficios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto en contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

Asegurado	Cobertura	Nombre(s) – Apellido paterno – Apellido materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de Participación



Ocupación

Solicitante	Descripción	Empresa / Giro	Ingresos Anuales	Lugar de Trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)	Horario: Diurno/ Nocturno/Mixto		
1. Titular			\$		D	N	M
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			\$		D	N	M
3. Dependiente / Menor			\$		D	N	M
4. Dependiente			\$		D	N	M
5. Dependiente			\$		D	N	M
6. Dependiente			\$		D	N	M

Detalle brevemente sus actividades

Por el desempeño de su ocupación laboral	¿Quién(es)?	Especifique
¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, altura, alto voltaje, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Deportes, Aficiones y Aviación (solo Vida y AP)

¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Desea cubrir el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nota: Si desea cubrir el riesgo, anexe a esta solicitud el cuestionario correspondiente.

General de Hábitos

Solicitante	Estatura (mts)	Peso (kg)	¿Fuma?		¿Desde cuándo? (mes / año)	Frecuencia y cantidad en cigarrillos	¿Ha hecho o hace uso de bebidas alcohólicas?		Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y cantidad en copas	¿Ha hecho o hace uso de drogas y/o estimulantes?		Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y Cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1. Titular			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Dependiente / Menor			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Médico

<p>1. ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon recto, vías biliares, hígado páncreas, bazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Endócrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Transmisibles: hepatitis, S.I.D.A., V.P.H., sífilis o cualquier otra? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿De los ojos o de los oídos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Mujeres (mayores de 16 años)</p> <p>15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Está embarazada y ha tenido complicaciones en embarazos anteriores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Preexistencia declarada (sólo GMM)</p> <p>18. ¿Desea considerar algún(os) padecimiento(s) bajo el concepto de preexistencia declarada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
---	--

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de veces que las ha sufrido	¿Cuándo? Día / Mes / Año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual	Lo ha padecido en los últimos 2 años (conteste sólo si desea preexistencia declarada)	No. de partos, cesáreas y abortos		
							P	C	A

Historia Familiar

¿En alguno de los solicitantes, existen antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de: afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o de trastorno mental? **En caso de respuesta afirmativa dar la información solicitada en el siguiente cuadro.** Sí No

Solicitante	Parentesco	Enfermedad(es)	Causa y edad de Fallecimiento

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 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 en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. 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. 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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo 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 Contratante (sólo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante (o de su representante legal si es menor de edad)	Firma del Mancomunado	Firma del Agente
Vida			
Firma del Contratante (sólo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante (o de su representante legal si es menor de edad)	Lugar y Fecha	
Gastos Médicos			

Nota importante: (Debe leerlo antes de firmar). Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba 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, 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 de médicos que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a **AXA Salud, S.A. de C.V.** todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. 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 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 celebre dicho contrato. Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá **AXA Salud, S.A. de C.V.** y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo 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 Contratante (sólo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante (o de su representante legal si es menor de edad)	Firma del Agente	Lugar y Fecha
---	---	-------------------------	----------------------



Tipo de Contratante <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario		Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	Ubicación (sólo si existe más de una) _____ de _____
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* * Sólo cargo automático			Conducto de Pago <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático
Vigencia Desde las 12 hrs.		Hasta las 12 hrs.	
Datos de la Póliza <input type="checkbox"/> Póliza Nueva <input type="checkbox"/> Renueva a la Póliza		No. _____ Beneficiario Preferente (Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social)	
Régimen <input type="checkbox"/> Casa Sola <input type="checkbox"/> Condominio Horizontal <input type="checkbox"/> Condominio Vertical <input type="checkbox"/> Departamento			
Valor del Inmueble:		No. de Niveles (Planta Baja + Pisos Altos):	

Forma de Contratación <input type="checkbox"/> Paquetes Predeterminados	<input type="checkbox"/> Sumas Aseguradas por Sección	% de Inflación
<input type="checkbox"/> Hogar Protegido Total Incluye: I Edificio y II Contenidos (Terremoto, Fenómenos Hidro-Meteorológicos, Remoción de Escombros y Gastos Extraordinarios por 3 meses). III Robo de Contenidos (Inciso 1 y 2). IV Responsabilidad Civil Familiar. V Cristales. VI Dinero y Valores.	Sección I Edificio <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Fenómenos Hidro-Meteorológicos . <input type="checkbox"/> Fenómenos Hidro-Meteorológicos . Bienes cubiertos bajo convenio expreso ⁽¹⁾	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Hogar Protegido Amplio Incluye: I Edificio y II Contenidos (Remoción de Escombros). III Robo de Contenidos (Inciso 1). IV Responsabilidad Civil Familiar. V Cristales. Tipo de Riesgo: <input type="checkbox"/> Fenómenos Hidro-Meteorológicos <input type="checkbox"/> Terremoto y/o Erupción Volcánica Además del tipo de riesgo elegido en el paquete.	Sección II Contenidos <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Fenómenos Hidro-Meteorológicos Remoción de Escombros Gastos Extraordinarios meses	
<input type="checkbox"/> Hogar Protegido Básico Incluye: I Edificio y II Contenidos (Remoción de Escombros). III Robo de Contenidos (Inciso 1). IV Responsabilidad Civil Familiar.	Sección III Robo de Contenidos ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Inciso 1 <input type="checkbox"/> Inciso 2 ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Inciso 3 ⁽³⁾	
	Sección IV Responsabilidad Civil Familiar..... Sección V Cristales Sección VI Dinero y Valores ⁽⁴⁾	

Nota: Estos paquetes aplican para una casa habitación con las siguientes características constructivas.
 MUROS: Tabique, block, ladrillo, piedra, mampostería, cristal.
 TECHOS y ENTREPISOS: Concreto armado
 USO: Habitacional y/o descanso
 En caso de que la vivienda tuviese características constructivas diferentes a las descritas, favor de llenar la sección de Sumas Aseguradas por Sección.
 No aplican para ubicaciones a menos de 500 m en la primera línea frente al mar o 250 m de la ribera de río, lago o laguna.

Nota:
 1) Se otorgará esta cobertura únicamente para la Sección I siempre y cuando se relacionen los bienes con las sumas aseguradas correspondientes.
 2) La Suma Asegurada para la Sección III Robo a Contenidos (Incluyendo Incisos 1, 2 y 3) no deberá ser mayor a la Suma Asegurada de Contenidos.
 3) Para los incisos 2 y 3 se dará cobertura siempre y cuando se presente la relación de bienes, en caso contrario el porcentaje asignado será cero (0%).
 4) La Suma Asegurada para Dinero y/o Valores no deberá exceder el equivalente a 500 DSMGVDF.

Llenar sólo en caso de elegir la forma de contratación Sumas Aseguradas por Sección

Descripción del Bien a Asegurar
Características Constructivas del Edificio
 Ubicación situada a menos de 500 m de la primera línea frente al mar. Ubicación situada a menos de 250m de la ribera de un río, lago o laguna.
Tipo de Construcción: Muros
 Tabique, Block, Ladrillo, Concreto Armado Madera Cristal Espesor _____ (mm) Otros: _____
 Piedra, Mampostería, Cristal

Tipo de Construcción: Techos y Entrepisos
 Concreto Armado Vigueta y Bovedilla Losas Aligeradas de Concreto Lámina Galvanizada, de Asbesto, Teja de Barro Madera Otros: _____

Tipo de Alarma Ninguna Local Central **Uso:** Habitación Descanso

Bienes que pueden cubrirse mediante convenio expreso para la cobertura de Fenómenos Hidro-Meteorológicos			
Cant.	Tipo de Bien	Valor por Unidad	Valor por Unidad
	Albercas.		Edificios terminados que por la naturaleza de su ocupación carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros macizos, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o construidos para operar bajo estas circunstancias. Varios / Otros (describalos)
	Toldos y cortinas.		
	Palapas.		
	Jardines y construcciones decorativas.		
	Muebles de jardín fijos.		
	Edificios desocupados o deshabitados.		
	Edificios en construcción o reconstrucción.		

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 Contratante / Solicitante	Firma del Agente	Lugar y fecha
-------------------------------------	------------------	---------------



Auto Camión

Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	No. de Póliza Anterior	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	Fecha de Solicitud Día Mes Año
--	------------------------	--	-----------------------------------

Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* * Sólo cargo automático	Conducto de Pago <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático
---	---

Vigencia Desde las 12 hrs. Día Mes Año	Hasta las 12 hrs. Día Mes Año
---	-------------------------------

Pago Preferente (Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social)

Descripción del Vehículo

Modelo	Clave AMIS	Marca	Tipo
--------	------------	-------	------

No. de Puertas	No. de Cilindros	Transmisión <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Automático	Eléctrico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Equipado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aire Acondicionado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uso <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Particular	Servicio <input checked="" type="checkbox"/> Particular
----------------	------------------	--	--	---	---	--	--

Indicar en No. de Serie, Número de Motor y Placas con L (letra) o N (número en el cuadro inferior como se muestra en el ejemplo):

Ejemplo	Número de Serie	Número de Motor
5 S 8 B		
N L N L		

Número de Placas	Estado de expedición de placas	Clase <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/> Fronterizo	<input type="checkbox"/> Clásico <input type="checkbox"/> Regularizado	Numero de Ocupantes
------------------	--------------------------------	--	--	---------------------

Valor (Valor convenido únicamente para vehículos último modelo, con factura hasta 3 meses de expedición)	<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Convenido	Porcentaje (Elegido sobre el valor comercial) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 110% (No aplica en unidades de último modelo)	Blindaje (se requiere factura) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	--	--

Tipo de Carga

A. Mercancías con reducido grado de peligrosidad en su transporte, tales como: Ropa / Confección / Calzado / Alimentos / Agua.

Especificar:

Paquete de Coberturas

<input type="checkbox"/> Amplia Plus (sujeto a políticas de suscripción)	<input type="checkbox"/> Amplia	<input type="checkbox"/> Limitada	<input type="checkbox"/> Básica	Deducible <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Variable (sólo amplia plus)
--	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

Otra combinación de coberturas y Sumas Aseguradas

	Suma Asegurada	Deducible	Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil		DSMGVDF*	<input type="checkbox"/> Daños Materiales %
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia		* Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.	<input type="checkbox"/> Robo Total %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos			<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Vuelcos
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor			<input type="checkbox"/> Prix (Autos y Camiones hasta 3.5 ton y 10 años de antigüedad)
<input type="checkbox"/> Defensa Legal Vehicular			<input type="checkbox"/> Extensión RC (Autos y Camiones hasta 3.5 ton y hasta 15 años de antigüedad)
<input type="checkbox"/> Equipo Especial			
<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones			
<input type="checkbox"/> Auto Sustituto (Autos hasta 5 años de Antigüedad)			

Equipo Especial, Adaptaciones y/o Conversiones (especificar descripción del Equipo, Adaptación y/o Conversiones y anexar copia de la factura)

	<input type="checkbox"/> Eq. Especial	<input type="checkbox"/> Adaptación o Conversión
	<input type="checkbox"/> Eq. Especial	<input type="checkbox"/> Adaptación o Conversión

Beneficiarios (sólo por pérdida de la vida del conductor en accidente automovilístico).

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social	Parentesco (para efectos de identificación)	% de Participación

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.

Certificación del Agente: He inspeccionado el vehículo y me consta que no tiene daños preexistentes a esta solicitud. Así mismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos y los he corroborado.

Firma del Contratante / Solicitante	Firma del Agente	Lugar y fecha


 Vida
 GM
 Autos
 Hogar
Carta Autorización para Cargo Automático en Tarjeta de Crédito, Débito o Cuenta de Cheques.

Por medio de la presente autorizo a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** a 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 y/o Master Card, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada.

Sólo Autos

 Renovación Automática únicamente para Automóviles y Camiones Residentes.

 Cliente Excelente.

Nombre del Contratante. (Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

Datos del Tarjetahabiente (sólo 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 señalo, en el orden que se establece.

Banco	Cargo*	No. Clabe (Débito o Cuenta de Cheques)	No. de Plástico (Crédito o sólo Débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1º					
2º					
3º					

 * Cargo a: **D** = Tarjeta Débito, **C** = Tarjeta Crédito, **Ch** = Cuenta de Cheques.

El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **AXA Seguros, S.A. de C.V.** en la fecha de cobro, 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 Aseguradora.

El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.

 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 Aseguradora,

b) Por rechazo bancario.

c) Cancelación de póliza.

Firma del Tarjetahabiente

Firma del Agente

Lugar y Fecha

GA087 • JULIO 2008


 Vida
 GM
 Autos
 Hogar
Carta Autorización para Cargo Automático en Tarjeta de Crédito, Débito o Cuenta de Cheques.

Por medio de la presente autorizo a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** a 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 y/o Master Card, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada.

Sólo Autos

 Renovación Automática únicamente para Automóviles y Camiones Residentes.

 Cliente Excelente.

Nombre del Contratante. (Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

Datos del Tarjetahabiente (sólo 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 señalo, en el orden que se establece.

Banco	Cargo*	No. Clabe (Débito o Cuenta de Cheques)	No. de Plástico (Crédito o sólo Débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1º					
2º					
3º					

 * Cargo a: **D** = Tarjeta Débito, **C** = Tarjeta Crédito, **Ch** = Cuenta de Cheques.

El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **AXA Seguros, S.A. de C.V.** en la fecha de cobro, 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 Aseguradora.

El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.

 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 Aseguradora,

b) Por rechazo bancario.

c) Cancelación de póliza.

Firma del Tarjetahabiente

Firma del Agente

Lugar y Fecha

GA087 • JULIO 2008