

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

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.

Si la póliza de seguros que está contratando por medio de esta solicitud se encuentra dentro de las condiciones a que se refieren las distintas disposiciones de carácter fiscal para efectos de deducibilidad o acreditamiento de impuestos, y el contratante desea sujetarse a lo que indican dichos ordenamientos, deberá proporcionar su clave de Registro Federal de Contribuyentes anexando a la presente para el efecto copia de la Cédula de Verificación Fiscal o de su Aviso de Inscripción a este registro.

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 (o de su representante legal si es menor de edad) Firma del contratante (sólo si es diferente al solicitante) 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 solicitante? 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 Factor Plazo Ocupacional Factor Plazo

Validez del examen \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

**Reaseguro**

Reaseguro facultativo	Distribución de reaseguro

Autorizado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con Registro No. CGEN-S0048-0104-2005 de fecha del 10 de agosto de 2005.

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

**Folio T**

No. de Solicitud \_\_\_\_\_

Contratante (Nombre completo o razón social; sólo llenar si es diferente al solicitante). No. de Cliente \_\_\_\_\_

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s) o Razón social)

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

**Solicitante**

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre (s))

Relación con el contratante \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

**Datos personales**

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: Soltero  Casado  Viudo   
Divorciado  Unión Libre

Sexo: Masculino  Femenino  Edad \_\_\_\_\_ años Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

¿Cuenta usted con seguridad social (IMSS, ISSSTE) o se le paga vía nómina, con horario establecido y disfruta de varias prestaciones? Sí  No

Domicilio para correspondencia: Calle y No. \_\_\_\_\_

Col. o Pob. \_\_\_\_\_ Del. o Mpio. \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Seguro solicitado**

Planes Disponibles	Plazo del Seguro	Periodo de Pago	Suma Asegurada
Ordinario de Vida <input type="checkbox"/>	Vitalicio	Vitalicio	
Vida Pagos Limitados <input type="checkbox"/>	Vitalicio		
Temporales <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Temporal a Edad 75 <input type="checkbox"/>	Edad 75		
Dotales <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Dotales de Retiro (Deducibles) <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Grandes Sumas <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Otros: <input type="checkbox"/>			

Prima Adicional por \$ \_\_\_\_\_, durante \_\_\_\_\_ años. Moneda: Nacional  Dólares

Incrementos Anuales de Suma Asegurada: Sólo Moneda Nacional. INPC  Sólo Grandes Sumas en M.N. INPC  No

Incrementos sobre la Suma Asegurada: Alcanzada  Inicial

Beneficios Adicionales	Suma Asegurada	Forma de pago:
Muerte Accidental (DI) <input type="checkbox"/>		Anual <input type="checkbox"/>
DI + Pérdidas Orgánicas (DIPO) <input type="checkbox"/>		Semestral <input type="checkbox"/>
DIPO + Muerte Colectiva (DIPOC) <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/>
Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI) <input type="checkbox"/>		Mensual <input type="checkbox"/>
Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI) <input type="checkbox"/>		
Otros: (Llenar Cuestionario) <input type="checkbox"/>		

**Beneficiarios designados**

**Advertencia:** En el 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 nombra 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.

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s))	Parentesco (Para efectos de identificación)	%

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

Administración de Sumas Aseguradas Forma Clave (FI-001-3)  Contratación de Pagos de Rentas. Forma Clave (FI-008-9) Participación de la Suma Asegurada para el Fideicomiso \_\_\_\_\_

**Datos del agente** (Para aspectos internos de la Compañía)

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

**Información sobre ocupación** (Deberá llenarse en todos los casos)

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Giro \_\_\_\_\_ Población y Edo. \_\_\_\_\_

Detalle de la ocupación \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo Oficina  Fábrica  Taller  Calle  Otro \_\_\_\_\_Ingresos anuales del solicitante: \$ \_\_\_\_\_ Ingresos anuales del contratante: \$ \_\_\_\_\_

(Sólo cuando el Contratante es diferente al Solicitante)

**Medio de transporte:** Auto  Autobús  Avión línea regular Avión línea no regular  Tren  Helicóptero Frecuencia de viajes: Diario  Semanal  Otros \_\_\_\_\_Quincenal  Mensual  Anual 

- |   |   |
|---|---|
| <p>1) ¿Usa Ud. armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2) ¿Trabaja Ud. con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3) ¿Trabaja Ud. con animales no domésticos o peligrosos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4) ¿Trabaja Ud. en lugares donde se expandan bebidas alcohólicas? (indicar categoría del lugar) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5) ¿Maneja Ud., trabaja o da mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (excluir equipo de oficina) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>6) ¿Su ocupación requiere que Ud. conduzca algún tipo de vehículo? (excluir auto de uso particular) (Si es motocicleta indicar cilindraje). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7) ¿Realiza Ud. actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8) ¿Realiza Ud. actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9) ¿Realiza Ud. investigaciones o maneja información que pueda poner en peligro su integridad física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10) ¿Alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (no incluir rentas o inversiones) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

En caso de respuesta afirmativa, favor de ampliar información:

No. Pregunta	Detalle

**Aviación, deportes y/o aficiones** (Deberá llenarse en todos los casos)

(En caso afirmativo y de requerirse algún cuestionario especial, éste debe ser llenado en forma adicional)

Deportes y/o aficiones que practica o haya practicado:	¿Desea cubrir el riesgo?	Deportes y/o aficiones que practica o haya practicado:	¿Desea cubrir el riesgo?
Carreras de autos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Charrería o equitación Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artes marciales, box o lucha Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Caza Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alpinismo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Juegos de azar y/o apuestas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uso de motocicleta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Practica algún deporte aéreo? (paracaidismo, vuelo delta, planeador, etc.) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motonáutica Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es o ha sido piloto aviador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiro al blanco Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Buceo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ski Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cualquier otro (especificar)	

**Cuestionario general y hábitos** (Deberá llenarse en todos los casos)Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kgs. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses? Sí  No 

Kgs. de disminución: \_\_\_\_\_ Kgs. de aumento \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que acostumbra consultar: \_\_\_\_\_

Domicilio del médico \_\_\_\_\_

Actualmente fuma Ud. Cigarrillos  Pipa  Puro  Cantidad diaria \_\_\_\_\_ No fuma Si ha dejado de fumar indique: ¿En qué fecha dejó de fumar? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo fumó? \_\_\_\_\_  
Año / Mes / Día¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí  No Cuál(es) \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  
(Ron, brandy, whisky, etc.) (Diaria, semanal, quincenal, etc.) (3,4,5 ó más copas)**Historia familiar** (Deberá llenarse en todos los casos)¿Han padecido sus padres o hermanos? Insuficiencia renal Sí  No  Diabetes Sí  No  Cáncer Sí  No Afecciones cardíacas Sí  No  Hipertensión arterial Sí  No  Epilepsia Sí  No  Demencia Sí  No 

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

**Cuestionario médico**

- 1) ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión? Sí  No
- 2) ¿Está sujeto a algún tratamiento? Sí  No
- 3) ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? Sí  No

- 4) ¿Le falta algún miembro o parte de él? Sí  No
- 5) ¿Tiene alguna deformidad? Sí  No
- 6) ¿Tiene algún defecto en la vista? Sí  No

- 7) ¿Tiene algún defecto auditivo? Sí  No
- 8) ¿Ha consultado al médico por infecciones de transmisión sexual? Sí  No
- 9) ¿Se le ha aplicado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos 5 años? Sí  No

- 10) ¿Se le han practicado electrocardiogramas? Sí  No
- 11) ¿Se le han practicado estudios con rayos X? Sí  No
- 12) ¿Se le han practicado pruebas especiales de laboratorio para diagnosticar alguna enfermedad específica? (como diabetes, SIDA, etc.) Sí  No

- 13) ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? Sí  No
- 14) ¿Ha padecido alguna enfermedad, afección o lesión? Sí  No
- 15) ¿Ha consultado al médico en los últimos dos años? Sí  No

- 16) ¿Ha sido internado en algún hospital o clínica para diagnósticos o tratamiento? Sí  No
- 17) ¿Usa o ha usado sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, otras? Sí  No
- 18) Si es mujer: ¿actualmente está Ud. embarazada? Sí  No  Meses: \_\_\_\_\_

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

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades afecciones, lesiones, estudios.	No. de veces que las ha sufrido	Fecha Año / Mes / Día	Duración	Estado actual

**Referencias del Contratante**(Datos de tres personas, no familiares, que le conozcan). Si es persona moral, dar referencias del solicitante (**deberá llenarse en todos los casos**)

Nombre	Domicilio	Teléfono

**Folio T**

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

 No. de Solicitud 
**Contratante** (Nombre completo o razón social; sólo llenar si es diferente al solicitante).

 No. de Cliente 

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

 Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ R.F.C.  -  - 
**Solicitante**

(Apellido paterno - Apellido materno - Nombre (s))

 Relación con el contratante \_\_\_\_\_ R.F.C.  -  - 
**Datos personales**

Fecha de nacimiento:

 Edo. Civil: Soltero  Casado  Viudo   
 Divorciado  Unión Libre 

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

 /  / 

 Sexo: Masculino  Femenino 

Edad \_\_\_\_\_ años

 Año  Mes  Día

 ¿Cuenta usted con seguridad social (IMSS, ISSSTE) o se le paga vía nómina, con horario establecido y disfruta de varias prestaciones? Sí  No 

Domicilio para correspondencia: Calle y No. \_\_\_\_\_

Col. o Pob. \_\_\_\_\_ Del. o Mpio. \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Seguro solicitado**

Planes Disponibles	Plazo del Seguro	Periodo de Pago	Suma Asegurada
Ordinario de Vida <input type="checkbox"/>	Vitalicio	Vitalicio	
Vida Pagos Limitados <input type="checkbox"/>	Vitalicio		
Temporales <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Temporal a Edad 75 <input type="checkbox"/>	Edad 75		
Dotales <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Dotales de Retiro (Deducibles) <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Grandes Sumas <input type="checkbox"/>		Con el Plazo	
Otros: <input type="checkbox"/>			

 Prima Adicional por \$ \_\_\_\_\_, durante \_\_\_\_\_ años. Moneda: Nacional  Dólares 

 Incrementos Anuales de Suma Asegurada: Sólo Moneda Nacional. INPC  Sólo Grandes Sumas en M.N. INPC  No 

 Incrementos sobre la Suma Asegurada: Alcanzada  Inicial 
**Beneficios Adicionales**
**Suma Asegurada**

Forma de pago:

Muerte Accidental (DI) <input type="checkbox"/>		Anual <input type="checkbox"/>
DI + Pérdidas Orgánicas (DIPO) <input type="checkbox"/>		Semestral <input type="checkbox"/>
DIPO + Muerte Colectiva (DIPOC) <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/>
Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI) <input type="checkbox"/>		Mensual <input type="checkbox"/>
Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI) <input type="checkbox"/>		
Otros: (Llenar Cuestionario) <input type="checkbox"/>		

**Beneficiarios designados**
**Advertencia:** En el 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 nombra 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.

(Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s))	Parentesco (Para efectos de identificación)	%

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

 Administración de Sumas Aseguradas Forma Clave (FI-001-3) ó  Contratación de Pagos de Rentas. Forma Clave (FI-008-9) Participación de la Suma Asegurada para el Fideicomiso 
**Datos del agente** (Para aspectos internos de la Compañía)

No. agente	No. promotor	Nombre del agente	Participación	C. de utilidad División	Promotoría Regional	Comisión Nivelada