



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Información de la Póliza										
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto ¿Cuál? _____					No. de Póliza anterior			Folio		
Fecha de solicitud					Día Mes Año					
Vigencia*					*Debe cumplir con las políticas internas					
Desde las		Día	Mes	Año		Hasta las		Día	Mes	Año
12 horas						12 horas				
Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)										
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
RFC					CURP					
País de nacimiento					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa					Día Mes Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		Nacionalidad
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			Actividad o giro mercantil				Ocupación o profesión			
Correo electrónico										
Domicilio							No. exterior		No. interior	
Calle										
Colonia			Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular				Tel. oficina			Tel. celular			
Para personas morales							Folio mercantil			
Nombre(s) del (los) apoderado(s) legal(es)										
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera										
Domicilio					No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal	
Calle										
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono			
Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)										
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> Persona moral					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
RFC					CURP					País de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa			Día Mes Año		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)			
Nacionalidad	Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		Correo electrónico		
Domicilio							No. exterior		No. interior	
Calle										



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado			
Tel. particular		Tel. oficina		Tel. celular			
Para personas morales Nombre(s) del (los) apoderado(s) legal(es)				Folio mercantil			
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera							
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal		
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono			
Otros seguros de gastos médicos mayores							
<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual	Póliza	No. de Póliza Individual	No. de Póliza Colectivo			
<input type="checkbox"/> Otra compañía ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Colectivo	1					
		2					
Plan							
Gama hospitalaria	Tabulador	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Periodo de Pago de siniestro	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Diamante	<input type="checkbox"/> Roble + 100%	<input type="checkbox"/> \$500,000	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco
<input type="checkbox"/> Esmeralda	<input type="checkbox"/> Roble + 50%	<input type="checkbox"/> \$1,000,000	<input type="checkbox"/> \$14,000	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 2 años	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito
<input type="checkbox"/> Zafiro	<input type="checkbox"/> Roble	<input type="checkbox"/> \$3,000,000	<input type="checkbox"/> \$19,000	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 20 años	<input type="checkbox"/> Trimestral*	
	<input type="checkbox"/> Caoba	<input type="checkbox"/> \$6,000,000	<input type="checkbox"/> \$28,000	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 100 años	<input type="checkbox"/> Mensual*	
	<input type="checkbox"/> Cedro	<input type="checkbox"/> \$24,000,000	<input type="checkbox"/> \$40,000			*Se recomienda por cargo automático	
	<input type="checkbox"/> Fresno	<input type="checkbox"/> \$65,000,000	<input type="checkbox"/> \$62,000				
	<input type="checkbox"/> Olivo	<input type="checkbox"/> \$130,000,000	<input type="checkbox"/> \$130,000				
Coberturas adicionales Flex Plus®							
<input type="checkbox"/> Medicamentos fuera del Hospital							
<input type="checkbox"/> Maternidad Extendida							
<input type="checkbox"/> Preexistencia							
<input type="checkbox"/> Cliente Distinguido							
<input type="checkbox"/> Deducible 0 por Accidente							
<input type="checkbox"/> Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos							
<input type="checkbox"/> Cobertura Nacional							
<input type="checkbox"/> Continuidad Garantizada							
<input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero							
<input type="checkbox"/> Enfermedades Cubiertas en el Extranjero							
<input type="checkbox"/> Atención en el Extranjero							
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral							
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia en Viajes							
<input type="checkbox"/> Conversión Garantizada							
<input type="checkbox"/> \$500,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$750,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$1,000,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$2,000,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$5,000,000 Moneda Nacional Póliza Colectiva AXA** _____							

**En caso de que la Póliza Colectiva con la que cuente el Asegurado sea con AXA.



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Datos de los Solicitantes

No. Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*							
2. Solicitante*							
3. Solicitante*							
4. Solicitante*							
5. Solicitante*							
6. Solicitante*							
7. Solicitante*							
8. Solicitante*							
9. Solicitante*							
10. Solicitante*							

*En adelante se mencionarán a los Solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.

Reconocimiento de antigüedad (se deberá adjuntar copia de la Póliza anterior con Endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de Antigüedad de AXA Colectivo o AXA Individual se requiere solamente el número de Póliza).

No. Solicitante	Antigüedad AXA Individual				Antigüedad AXA Colectivo				Antigüedad reconocida (otra compañía)		
	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

Estatura, peso y hábitos

No. Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma o ha fumado?		Desde - Hasta (año/año)	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														



Cuestionario médico (este cuestionario deberá ser contestado para cada uno de los Solicitantes)							
1. ¿Alguno de los Solicitantes tiene o ha tenido diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?							
a. Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2. Alguno de los Solicitantes recibe algún tipo de tratamiento de forma constante, por intervalos de tiempo o de manera ocasional por:							
a. Molestias o dolor bajo de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
c. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. Cualquier otra causa no mencionada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3. Alguno de los Solicitantes:							
a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
4. Actualmente alguno de los Solicitantes:							
a. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b. ¿Presenta algún malestar, signo o síntoma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
5. ¿Alguno de los Solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguno de los Solicitantes ha variado su peso más de 7 kilos en el último año?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información.							
No. Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	No. de pregunta / inciso	Detalle (síntoma y/o diagnóstico)	Estado actual	No. de veces que las ha padecido	Inicio día/mes/año	Última vez día/mes/año



7. ¿Alguno de los Solicitantes tiene antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o trastorno mental? Sí No
En caso afirmativo proporcionar la siguiente información:

No. de Solicitante	Parentesco con el Solicitante	Enfermedad(es)	Causa y edad en caso de fallecimiento
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Ocupación (solo para los Solicitantes mayores de edad)

No. de Solicitante	Ocupación/ Profesión	Actividad / Giro	Si alguno de los Solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo

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 cualquiera de los Solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si esta lo estima conveniente.

Asimismo, autoriza a las compañías de seguros a las cuales ha solicitado Póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene, 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.

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, Correo Electrónico del apartado Datos del Contratante, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción: "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico".



Nota importante (continuación)

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. Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx.

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 historiales médicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad.

En caso de que alguna autoridad requiera mayor información de algún Asegurado, el Contratante deberá tener un expediente de la información antes mencionada y en caso que AXA requiera o solicite el expediente es responsabilidad del Contratante entregarlo a la Compañía en un plazo no mayor a 48 horas.

Este documento solo 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, 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.

Datos personales (Aviso de Privacidad)

Mis datos serán tratados de conformidad con lo establecido en el Aviso de Privacidad Integral ubicado en axa.mx, y para todos los fines del Contrato de Seguro.

Cruzar la casilla que corresponda: Sí ___ No ___ otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente o intermediario de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.

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

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:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y porcentaje de participación
--	--------------------------------------

Entrevista personal con el cliente (Contratante)

En cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones Legales vigentes, se presenta ante usted el Sr./Sra. _____ agente de seguros con clave número _____, para efectos de entrevistarle y para recabar los datos y documentos de identificación que permitan a esta Institución contar con su expediente debidamente integrado.

El agente mencionado se presentó ante usted en el domicilio mencionado con anterioridad en este documento. Sí No



**Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®**

Que corresponde a su:						
<input type="checkbox"/> Domicilio particular		<input type="checkbox"/> Domicilio laboral		Otro (especificar): _____		
Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso de contestar “no”, especifique la causa y el nombre del tercero por el que actúa						
Parentesco o vínculo con usted						
Domicilio de dicha persona			No. exterior	No. interior	Colonia	
Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado		
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)		
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
En caso de que el tercero sea una persona moral indique:						
a) La estructura corporativa						
b) Nombres de los accionistas o socios						
Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.						
Datos de agente (aspectos internos de la Compañía)						
	No. de agente	Nombre del agente		Comisión	Centro de contribución	Cesión de comisión
Agente 1				%		%
Agente 2				%		%
Firma del Contratante (solo si es diferente al Solicitante)		Firma del Solicitante titular (o su representante legal si es menor de edad)		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 01 de enero del 2020, con el número CNSF-S0048-0039-2020.



Cargo automático					
Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques					
Nombre del Contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)					
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 tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°		No ingresar datos			
3°					
*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques.					
<p>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, 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 al tipo de cambio establecido por el Banco de México 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 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:</p> <p>a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Compañía. b) Por rechazo bancario. c) Cancelación de Póliza.</p> <p>El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.</p>					
Firma del Contratante (tarjetahabiente)		Firma del agente		Lugar y fecha	
Quejas					
1. Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)			2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)		
<p>Si tienes alguna queja comunícame con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: 55 5169 2746 (opción 1). Interior de la República: 800 737 76 63 (opción 1). Dirección: Félix Cuevas #366, piso 6, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Registro electrónico de comentarios: axasoluciones@axa.com.mx, o ingresa a axa.mx/web/servicios-axa/queja</p>			<p>Si tienes alguna queja comunícame con nosotros a los teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: (55) 53 40 0999 Interior de la República: 800 999 8080 Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx Registro de comentarios en asesoria@condusef.gob.mx</p>		