



Vida y Ahorro
Solicitud de Seguro Protección Efectiva

Datos del Contratante/Solicitante					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Folio Pegaso	
RFC		CURP			
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia		<input type="checkbox"/> Casado - Unión libre			
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)		Nacionalidad			
Peso _____		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			
Estatura _____		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)			
Fuma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Día Mes Año			
Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión	
Domicilio				No. exterior	No. interior
Calle					
Colonia		Código postal		Delegación o municipio	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
01		01			
Llenar estos datos en caso de ser extranjero					
Domicilio				No. exterior	No. interior
Calle					
Población o ciudad		Estado		País	
				Teléfono	
Cuestionarios					
Ocupación					
1. ¿Desempeña alguna de las siguientes actividades: agente de seguridad, secreto o guardaespaldas; policía de cualquier corporación o dependencia sea gubernamental o privada, militar, empleado de PGR, PGJ, PFM, PFP; piloto, personal de tripulación y pasajeros, excepto de aviación comercial; chofer u operador transportista de materiales inflamables, explosivos o tóxicos; minero subterráneo; obrero con uso de material explosivo y personal en plataformas marinas; despachador de autotanques (pipas) de gasolina y gas; brigadista, rescatista y socorrista; buzo; actor y doble; fotógrafo aéreo; acróbata en el aire y en motocicleta; boxeador; corredor de autos, motocicletas y caballos; tauromaquia en general; domador de animales peligrosos; gobernador, presidente municipal, secretario de seguridad o de estado, práctica de charrería, cacería, vuelos ultraligeros o alpinismo de forma amateur o profesional?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ocupación / Actividad					

Médico					
1. ¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades o afecciones: cáncer de cualquier tipo y localización incluyendo leucemia, diabetes insulino dependiente y/o insuficiencia renal, neurológicas, cerebrovasculares y mentales, infarto cardiaco o angina de pecho, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis C o cirrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene pendiente alguna operación, hospitalización, estudios de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otros seguros					
1. Si ya tiene contratado(s) otro(s) seguro(s) en este mismo plan, indique el total de suma asegurada: _____					



Recibo de intención de compra
Protección Efectiva/Vida

Lugar y fecha: _____
Nombre del Contratante / Solicitante: _____
Nombre del agente / promotor: _____ Oficina: _____ Tel.: _____

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.



Vida y Ahorro

Solicitud de Seguro Protección Efectiva

Características del seguro						
Coberturas amparadas <input checked="" type="checkbox"/> Fallecimiento <input checked="" type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida Orgánica por Accidente Suma asegurada \$ _____						
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual			Forma de pago <input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco (solo anual) <input type="checkbox"/> Cargo automático			
Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		El plan a contratar en moneda nacional contempla incrementos automáticos de suma asegurada conforme a la inflación. Si no desea dicho incremento, indíquelo: <input type="checkbox"/> No deseo el incremento automático de suma asegurada				
Tipo de comisión <input checked="" type="checkbox"/> Nivelada						
Designación de Beneficiarios (si elige fideicomiso anexe 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 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 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 solo 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.						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Parentesco	Fecha de nacimiento	% de participación		
1.						
2.						
3.						
Datos del agente (aspectos internos de la compañía)						
No. agente	Nombre del agente		Comisión	No. promotor	C. de contribución	Producción
			%			%
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 Solicitante declara estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si esta lo estima conveniente. Además autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos sus antecedentes patológicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. 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.						
Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.						
AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en Ciudad de México, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx						
Como Contratante o Solicitante 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 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.						



Vida y Ahorro
Solicitud de Seguro Protección Efectiva

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:		
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación	
Entrevista personal con el cliente		
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 compañía contar con su expediente debidamente integrado.		
El agente mencionado se presentó ante usted en el domicilio mencionado con anterioridad en este documento. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Que corresponda a su <input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		
Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de contestar "No", especificar la causa y el nombre del tercero por el que actúa _____		
Parentesco o vínculo con usted: _____		
Domicilio de dicha persona: _____		
Teléfono de dicha persona: _____		
En caso de que el tercero sea una persona moral indique:		
a) La estructura corporativa: _____		
b) Nombres de los accionistas o socios: _____		
Nota: se deberán recabar y adjuntar adicionalmente los datos (a través de un Formato Único debidamente llenado y firmado) y documentos de identificación del tercero según el tipo de persona.		
Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.		
Firma del Contratante (solo si es diferente al Solicitante)	Firma del agente	Lugar y fecha



Vida y Ahorro
Solicitud de Seguro Protección Efectiva

Cargo automático					
Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques					
Datos del Contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)					
Datos del tarjetahabiente (solo 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 tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°	No ingresar datos				
3°	No ingresar datos				
*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = 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, 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 con el 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 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: a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Compañía. b) Por rechazo bancario. c) Cancelación de Póliza.					
El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.					
Firma del Contratante (tarjetahabiente)	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 11 de junio con el número CNSF-S0048-0312-2011 / CONDUSEF-001967-01