



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Nota importante: para cualquier cambio, es necesario que consultes con tu agente los procesos vigentes de selección y emisión.

Información de la Póliza					
Número de Póliza	Fecha de solicitud	Día	Mes	Año	
					Folio Pegaso
Nombre del Asegurado Titular					
Nombre del Contratante					
Cancelación de la Póliza					
Número de Póliza	A partir de qué fecha se cancela	Día	Mes	Año	
Motivo de la cancelación					
Cambios en datos de la Póliza					
Contratante	Dice	Debe decir			
Nombre					
Parentesco con el Asegurado Titular					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					
Asegurado titular	Dice	Debe decir			
Nombre					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
RFC (con homoclave)					
CURP					
Domicilio					
Otro (especificar)					



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Otros Asegurados (dependientes)	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno del Asegurado (obligatorio)	Dice	Debe decir
Nombre			
Parentesco con el Asegurado Titular			
Fecha de nacimiento			
Sexo			
Otro (especificar)			
Altas de Asegurados			
Solicitante 1			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Parentesco con el Asegurado Titular
RFC (con homoclave)	CURP	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	Nacionalidad
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión
Correo electrónico			
Domicilio Calle			No. exterior No. interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad Estado
Tel. particular	Tel. oficina		Tel. celular
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera			
Domicilio en país de origen Calle		No. exterior	No. interior Colonia Código postal
Población o ciudad	Estado	País Teléfono	



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Altas de Asegurados							
Solicitante 2							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					Parentesco con el Asegurado Titular		
RFC (con homoclave)			CURP		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
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Correo electrónico							
Domicilio Calle					No. exterior	No. interior	
Colonia		Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad	Estado	
Tel. particular			Tel. oficina		Tel. celular		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera							
Domicilio en país de origen Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal	
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono	
Altas de Asegurados							
Solicitante 3							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					Parentesco con el Asegurado Titular		
RFC (con homoclave)			CURP		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
Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión		
Correo electrónico							
Domicilio Calle					No. exterior	No. interior	
Colonia		Código postal	Alcaldía o municipio		Población o ciudad	Estado	
Tel. particular			Tel. oficina		Tel. celular		
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera							
Domicilio en país de origen Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal	
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono	



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Bajas de Asegurados					
Asegurado 1					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular
Asegurado 2					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular
Asegurado 3					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el Asegurado Titular
Cambio de Contratante					
Nuevo Contratante					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					
RFC (con homoclave)		CURP		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	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					
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)					
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera					
Domicilio en país de origen		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Calle					
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono	



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

Reasignación de Asegurado Titular (entre los mismos Asegurados de la Póliza)							
Nuevo Asegurado Titular							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							
RFC (con homoclave)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	
Correo electrónico							
Domicilio Calle					No. exterior	No. interior	
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado			
Tel. particular	Tel. oficina		Tel. celular				
Para personas morales							
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)							
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera							
Domicilio en país de origen Calle			No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal
Población o ciudad	Estado		País		Teléfono		
Reasignación de parentesco de los Asegurados de la Póliza por cambio de Asegurado Titular							
Asegurado	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Parentesco con el nuevo Asegurado Titular			
1							
2							
3							
4							
5							
Nota importante							
En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las Condiciones generales me sean entregadas en forma digital o electrónica o bien a través del portal axa.mx sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA.							
Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la compañía, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.							
AXA Seguros S.A. de C.V. , con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx							
Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V. , por lo que, en 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. La documentación contractual que integra este formato está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.							



Nota importante (continuación)

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 conozca(n) o deba(n) 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 importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del integrante o, en su caso, del beneficiario, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Firma del Contratante o Asegurado Titular	Firma del agente	Firma del nuevo Contratante (en caso de nuevo Contratante se requiere la firma adicional del Contratante anterior)	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CGEN-S0048-15-24 con fecha del 22 de octubre 2014.