



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud en cambio de plan

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

Información de la póliza							
Número de póliza		Fecha de solicitud		Folio Pegaso			
Datos del contratante							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							
RFC		Número de agente					
Correo electrónico							
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior				
Colonia		Código postal					
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado					
Datos del asegurado titular							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							
Domicilio Calle		No. exterior	No. Interior	Colonia			
Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad		Estado			
Observaciones							
Cambio de producto							
<input type="checkbox"/> Flex Plus		<input type="checkbox"/> Internacional		<input type="checkbox"/> Otro: _____			
Cambio en condiciones de la póliza							
Cambio de suma asegurada							
Flex Plus							
<input type="checkbox"/> 700,000	<input type="checkbox"/> 6,000,000	<input type="checkbox"/> 35,000,000		<input type="checkbox"/> 173,000,000			
<input type="checkbox"/> 1,300,000	<input type="checkbox"/> 8,500,000	<input type="checkbox"/> 65,000,000					
<input type="checkbox"/> 2,600,000	<input type="checkbox"/> 15,000,000	<input type="checkbox"/> 90,000,000					
<input type="checkbox"/> 4,250,000	<input type="checkbox"/> 22,000,000	<input type="checkbox"/> 125,000,000					
Cambio de deducible							
Flex Plus		Plus		Internacional			
<input type="checkbox"/> 19,000	<input type="checkbox"/> 82,000	<input type="checkbox"/> 17,500	<input type="checkbox"/> 68,000	Nacional - Extranjero			
<input type="checkbox"/> 25,500	<input type="checkbox"/> 127,500	<input type="checkbox"/> 22,000	<input type="checkbox"/> 77,500	<input type="checkbox"/> a 500 usd - 1,500 usd	<input type="checkbox"/> a 5,000 usd - 5,000 usd		
<input type="checkbox"/> 37,000	<input type="checkbox"/> 172,000	<input type="checkbox"/> 33,000	<input type="checkbox"/> 106,500	<input type="checkbox"/> a 1,000 usd - 2,500 usd	<input type="checkbox"/> a 10,000 usd - 10,000 usd		
<input type="checkbox"/> 53,000		<input type="checkbox"/> 43,500	<input type="checkbox"/> 165,000	<input type="checkbox"/> a 2,000 usd - 2,000 usd	<input type="checkbox"/> a 20,000 usd - 20,000 usd		
<input type="checkbox"/> 68,000		<input type="checkbox"/> 55,000	<input type="checkbox"/> 223,000	<input type="checkbox"/> a 3,000 usd - 3,000 usd			



Cambio de Coaseguro			
Flex Plus		Plus	
<input type="checkbox"/> a 10%	<input type="checkbox"/> a 5%	<input type="checkbox"/> a 20%	
<input type="checkbox"/> a 15%	<input type="checkbox"/> a 10%	<input type="checkbox"/> a 25%	
<input type="checkbox"/> a 20%	<input type="checkbox"/> a 15%		
<input type="checkbox"/> a 30%			
Cambio de nivel/Gama hospitalaria			
Flex Plus		Plus	
<input type="checkbox"/> a Diamante	<input type="checkbox"/> a 360	<input type="checkbox"/> a 90	
<input type="checkbox"/> a Esmeralda	<input type="checkbox"/> a 270	<input type="checkbox"/> a 45	
<input type="checkbox"/> a Zafiro	<input type="checkbox"/> a 180		
Cambio de tabulador		Cambio de periodo de pago de siniestros	
Flex Plus		Flex Plus	Plus
<input type="checkbox"/> a Roble + 100%	<input type="checkbox"/> a 4 meses	<input type="checkbox"/> Deducible Anual	
<input type="checkbox"/> a Roble + 50%	<input type="checkbox"/> a 2 años		
<input type="checkbox"/> a Roble	<input type="checkbox"/> a 20 años		
<input type="checkbox"/> a Caoba	<input type="checkbox"/> a 100 años		
<input type="checkbox"/> a Cedro			
<input type="checkbox"/> a Fresno			
<input type="checkbox"/> a Olivo			
Cambio en coberturas adicionales con costo			
A= Alta, B= Baja			
Flex Plus		Plus	Internacional
A B		A B	A B
Medicamentos fuera del hospital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cobertura de atención médica en el extranjero. Algún asegurado viajará al extranjero por motivo de estudios, por más de 3 meses o hasta 12 meses Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No aplica
Maternidad extendida <input type="checkbox"/> \$33,000 <input type="checkbox"/> \$64,000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extensión de cobertura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Preexistencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos, con incrementos de 5% en un rango desde 5% y hasta 200% _____ %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No aplica
Deducible 0 x Accidente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paquete de beneficios adicionales*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cobertura nacional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tradicional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No aplica
Complicaciones de gastos médicos mayores no cubiertos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Deducible 0 x Accidente + Muerte accidental*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud en cambio de plan

Flex Plus			Plus		Internacional	
A B			A B		A B	
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		No aplica	
E n f e r m e d a d e s cubiertas en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Elite 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						
Atención en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Protección dental integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		No aplica	
Servicios de asistencia en viajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cliente distinguido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cobertura de vida en vida* (suma asegurada): _____ (desde \$50,000 y hasta \$200,000) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y dependientes						
Planmed® Intermedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Al contratar esta cobertura, se excluye la cobertura de Planmed® Intermedio.						
C o n v e r s i ó n Garantizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$750,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000 <input type="checkbox"/> \$2,000,000 <input type="checkbox"/> \$5,000,000 No. de póliza colectiva AXA**						
Cobertura de dinero en efectivo. Renta: <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 Con periodo de espera: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asegurados: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y dependientes						
**En caso de que la póliza colectiva con la que cuente el asegurado sea con AXA.						

AI-334 • NOVIEMBRE 2024

***Beneficiarios** (aplica únicamente para las coberturas de paquete de beneficios adicionales, vida en vida y deducible 0 x accidente + muerte accidental)

ADVERTENCIA: en 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 designar 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 solo 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 beneficiarios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.



**Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud en cambio de plan**

Nombre de la cobertura	Nombre del asegurado (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Nombre del beneficiario (Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Parentesco con el asegurado	Porcentaje de participación

Cambio de forma de pago

Frecuencia de pago:	Conducto de pago:
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* * Se recomienda por cargo automático.	<input type="checkbox"/> Pago referenciado en banco <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de crédito o débito

Cambio de instrumento de pago

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°	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 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 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 al art. 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

AI-334 • NOVIEMBRE 2024



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 ésta 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", en cuyo caso me serán entregadas por medio del agente de seguros.

Correo electrónico _____

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.

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)

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo mis datos personales financieros proporcionados en esta solicitud para evaluar mi solicitud de cambio de plan, así como todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada o, en su caso, se vaya a celebrar y para todas las demás finalidades previstas en el Aviso de privacidad integral que puedo consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de privacidad". Asimismo, autorizo que dichos datos sean transferidos a otra sociedad del Grupo AXA, proveedores, terceros autorizados, y entidades con las que exista una alianza estratégica para las finalidades establecidas anteriormente. La firma de este documento servirá como manifestación expresa de dicha autorización.

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de AXA en axa.mx, el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de AXA; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como el medio para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, incluyendo el derecho a oponerme al tratamiento para finalidades secundarias mediante el procedimiento establecido en el Aviso de privacidad integral.

Manifiesto que se puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página axa.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.



Quejas		
1. Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)	2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)	
Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5169 2746 (opción 1) Interior de la República: 800 737 7663 (opción 1) Dirección: Félix Cuevas 366, 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/prestadores-de-servicios 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: axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente	Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 Interior de la República: 800 999 8080 Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, CDMX, 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	
Firma del contratante o asegurado titular	Firma del agente	Lugar y fecha

AI-334 • NOVIEMBRE 2024

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 06 de diciembre de 2024, con el número CNSF-S0048-0427-2024/CONDUSEF-006662-01.