



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 vigen-

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"/> \$550,000 pesos		<input type="checkbox"/> \$28,000,000 pesos			
<input type="checkbox"/> \$1,100,000 pesos		<input type="checkbox"/> \$75,000,000 pesos			
<input type="checkbox"/> \$3,300,000 pesos		<input type="checkbox"/> \$145,000,000 pesos			
<input type="checkbox"/> \$6,600,000 pesos					
Cambio de deducible					
Flex Plus		Plus		Internacional	
<input type="checkbox"/> \$11,000 pesos		<input type="checkbox"/> a \$9,000 pesos		Nacional - Extranjero	
<input type="checkbox"/> \$16,000 pesos		<input type="checkbox"/> a \$11,500 pesos		<input type="checkbox"/> a 500 usd - 1,500 usd	
<input type="checkbox"/> \$21,000 pesos		<input type="checkbox"/> a \$17,000 pesos		<input type="checkbox"/> a 1,000 usd - 2,500 usd	
<input type="checkbox"/> \$31,000 pesos		<input type="checkbox"/> a \$22,500 pesos		<input type="checkbox"/> a 2,000 usd - 2,000 usd	
<input type="checkbox"/> \$44,000 pesos		<input type="checkbox"/> a \$28,500 pesos		<input type="checkbox"/> a 3,000 usd - 3,000 usd	
<input type="checkbox"/> \$68,000 pesos		<input type="checkbox"/> a \$35,500 pesos		<input type="checkbox"/> a 5,000 usd - 5,000 usd	
<input type="checkbox"/> \$145,000 pesos		<input type="checkbox"/> a \$40,000 pesos		<input type="checkbox"/> a 10,000 usd - 10,000 usd	
		<input type="checkbox"/> a \$55,000 pesos		<input type="checkbox"/> a 20,000 usd - 20,000 usd	
		<input type="checkbox"/> a \$85,000 pesos			
		<input type="checkbox"/> a \$115,000 pesos			



Cambio de Coaseguro		
Flex Plus	Plus	
<input type="checkbox"/> a 5%	<input type="checkbox"/> a 5%	<input type="checkbox"/> a 20%
<input type="checkbox"/> a 10%	<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 Esmeralda	<input type="checkbox"/> a 270	
<input type="checkbox"/> a Zafiro	<input type="checkbox"/> a 180	
	<input type="checkbox"/> a 90	
	<input type="checkbox"/> a 45	

Cambio de tabulador		
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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$27,000 <input type="checkbox"/> \$50,000	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
Beneficio de Accesibilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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



Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud en cambio de plan

Flex Plus			Plus	Internacional
A B			A B	A B
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"/>
Emergencia 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica
Enfermedades cubiertas en el extranjero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Atención en el extranjero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Protección dental integral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protección dental integral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Programa cliente especial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No aplica
Servicios de asistencia en viajes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cobertura de vida en vida* (suma asegurada): <hr/> (desde \$50,000 y hasta \$200,000) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y dependientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cliente distinguido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Planmed Intermedio				
Integral				
Conversión Garantizada <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** <hr/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

***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

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.



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.

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)

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en **axa.mx**

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 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. Firma _____.

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros.

Sí _____ No _____ Firma _____ “En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma”.

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 Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet **axa.mx**, en la sección Aviso de Privacidad.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA favor de marcar la siguiente casilla. Sí _____ No _____



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/web/servicios-axa/quejas	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

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 04 de julio de 2014, con el número CGEN-S0048-0108-2014.