

DATOS CONTRATANTE (Sólo si es diferente al Solicitante)

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social									
R.F.C.			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	Edad	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Estado Civil <input type="checkbox"/> Sociedad de Convivencia <input type="checkbox"/> Soltero-Divorciado-Viudo <input type="checkbox"/> Casado-Unión Libre	
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad				Ingresos (sólo Personas Físicas)			Correo Electrónico		
Domicilio Calle							No. Exterior		No. Interior
Colonia			Código Postal		Delegación o Municipio		Población o Ciudad		Estado
Tel. Particular 01			Tel. Oficina 01			Tel. Celular 04			
Deseo recibir información actualizada sobre mi producto u otras promociones por correo electrónico o alertas en mi celular									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DATOS SOLICITANTE TITULAR

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno									
R.F.C.			Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Estado Civil <input type="checkbox"/> Sociedad de Convivencia <input type="checkbox"/> Soltero-Divorciado-Viudo <input type="checkbox"/> Casado-Unión Libre	
Ocupación / Actividad				Correo Electrónico			Relación con el Contratante		
Domicilio Calle							No. Exterior		No. Interior
Colonia			Código Postal		Delegación o Municipio		Población o Ciudad		Estado
Tel. Particular 01			Tel. Oficina 01			Tel. Celular 04			

OTROS SEGUROS Esta información no faculta a la Compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Ramo		Aseguradora				Suma Asegurada	

DATOS SOLICITANTE MANCOMUNADO / SEGURO CONYUGAL (Sólo en Milenium Life)

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno							Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
R.F.C.			Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)				Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Estado Civil <input type="checkbox"/> Sociedad de Convivencia <input type="checkbox"/> Soltero-Divorciado-Viudo <input type="checkbox"/> Casado-Unión Libre		Correo Electrónico			Relación con el Contratante / Solicitante		
Domicilio Calle							No. Exterior		No. Interior
Colonia			Código Postal		Delegación o Municipio		Población o Ciudad		Estado
Tel. Particular 01			Tel. Oficina 01			Tel. Celular 04			

DATOS SOLICITANTE MENOR (Eduplan)

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno							Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Relación con el Contratante / Solicitante						

BENEFICIARIOS**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Si elige fideicomiso o pago de rentas, anexar 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 sólo 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. **(Indicar en la columna de Solicitante si es el Titular, el Mancomunado o el Menor).**

Solicitante	Cobertura	Nombre(s) - Apellido Paterno - Apellido Materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de Participación

PLAN SOLICITADO

(Confirmar plazos, moneda y coberturas adicionales aplicables a cada producto)		Temporalidad								Suma Asegurada		
<input type="checkbox"/> Vida Temporal		1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	Básica \$ _____	
<input type="checkbox"/> Vida Dotal	*Deducible <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5	10	15	20*	25	Edad alcanzada:	60*	65*	Seguro Conyugal \$ _____ (sólo en Milenium Life)		
<input type="checkbox"/> Grandes Sumas	Riesgo <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar	5	10	15	20	Edad alcanzada:	65	vitalicio	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> UDIS (sólo en Eduplan)			
<input type="checkbox"/> Vida Entera		Plazo de Pagos								Incremento de Suma Asegurada Alcanzada		
		5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	vitalicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nota: Moneda Nacional al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) / Dólares al Consumer Price Index (CPI, sólo en Vida Rendimiento y Vida Inteligente).	
<input type="checkbox"/> Eduplan		<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 22									Aportación Adicional / Prima Excedente
<input type="checkbox"/> Milenium Life	Beneficio por fallecimiento	<input type="checkbox"/> Sólo Suma Asegurada (SSA)	<input type="checkbox"/> Plus	10	20	90	90-20	(frecuencia igual al pago de prima básica)				
<input type="checkbox"/> Vida Inteligente	Riesgo <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar	Beneficio por fallecimiento <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Nivelado		\$ _____ Anual o a un _____ % de la prima sugerida (sólo en Vida Inteligente).								
<input type="checkbox"/> Vida Rendimiento	Beneficio por fallecimiento:		<input type="checkbox"/> Creciente	<input type="checkbox"/> Nivelado								
Coberturas Adicionales	Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> BI Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> ECMI Exención de los Costos Mensuales del Seguro por Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> BIM Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente o Muerte del Contratante	<input type="checkbox"/> BEM Exención de Pago de Primas por Muerte del Contratante	<input type="checkbox"/> PAI Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente \$ _____		Seguro Conyugal (sólo en Milenium Life) \$ _____				
	Accidentes	<input type="checkbox"/> DI Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> DIPO DI + Pérdidas Orgánicas	<input type="checkbox"/> DIPOC DIPO + Muerte Accidental Colectiva	Suma Asegurada \$ _____		Seguro Conyugal \$ _____ (sólo en Milenium Life)					
	Otros	<input type="checkbox"/> PAF Pago Adicional por Fallecimiento del Contratante \$ _____	<input type="checkbox"/> PAIF Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente o Fallecimiento del Contratante \$ _____	<input type="checkbox"/> Vida en Vida	<input type="checkbox"/> CC Cobertura Conyugal							
		<input type="checkbox"/> IAC Indemnización Adicional por Cáncer \$ _____ Seguro Conyugal \$ _____ (sólo en Milenium Life)	GF Gastos Funerarios (sólo en Milenium Life y Vida Inteligente) <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar* <input type="checkbox"/> Individual y Dependientes* <input type="checkbox"/> Individual y Cónyugue*		<input type="checkbox"/> Opción 1 <input type="checkbox"/> Opción 2 (suma asegurada establecida)							
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* *Sólo cargo automático		Conducto de Pago <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático				Tipo de Comisión <input type="checkbox"/> Decreciente <input type="checkbox"/> Nivelada						

CUESTIONARIOS (Si se requiere ampliar información agregarla en hoja anexa)**OCUPACIÓN**

Solicitante	Descripción	Empresa / Giro	Ingresos Anuales	Lugar de Trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)	Horario: Diurno / Nocturno / Mixto		
1. Titular			\$		D	N	M
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			\$		D	N	M
3. Dependiente / Menor			\$		D	N	M

Detalle brevemente sus actividades: _____

Por el desempeño de su ocupación laboral:	¿Quién(es)?	Específica
¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

DEPORTES / AFICIONES / AVIACIÓN

¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares, de gobierno o militares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Desea cubrir el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si desea cubrir el riesgo, anexa a esta solicitud el cuestionario correspondiente.		

ESTATURA / PESO / HÁBITOS

Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma?		¿Desde cuándo? (mes / año)	Frecuencia y cantidad en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta (año / año)	Frecuencia y cantidad en copas	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta (año / año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1. Titular			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Dependiente / Menor			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente por cada una de las personas que solicitan cobertura de Vida Individual)

1. ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión, o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	11. ¿De los ojos o de los oídos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13. ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon, recto, vías biliares, hígado, páncreas, bazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mujeres (mayores de 16 años)
6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. ¿Endocrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	16. ¿Está embarazada actualmente, ha tenido complicaciones en éste o en embarazos anteriores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Transmisibles: hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis o cualquier otra? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información					
Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de veces que las ha sufrido	¿Cuándo? Día / Mes / Año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual

HISTORIA FAMILIAR

¿En alguno de los solicitantes existen antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de: afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o de trastorno mental? Sí No

En caso afirmativo proporcionar la siguiente información.

Solicitante	Parentesco	Enfermedad(es)	Causa y Edad de Fallecimiento

GASTOS FUNERARIOS

Solicitante	Nombre(s) - Apellido Paterno - Apellido Materno	Sexo		Edad	Fecha de Nacimiento		
		M	F		Día	Mes	Año
Cónyuge							
Dependiente 1							
Dependiente 2							
Dependiente 3							
Dependiente 4							
Dependiente 5							

¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión, o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación?

Cónyuge	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de veces que las ha sufrido	¿Cuándo? Día / Mes / Año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual

DATOS DEL AGENTE (Aspectos internos de la Compañía)

	No. de Agente	Nombre del Agente	Comisión	No. Promotor	C. de Contribución	Producción
Agente 1			%			%
Agente 2			%			%

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, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además 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 antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo 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. **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.**

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 de este contrato de seguro, así como para fines de recepción de publicidad.

Este documento sólo 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, la aceptación 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.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de 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-S0048-0142-2010 de fecha 10 de agosto de 2010.

FIRMA DEL CONTRATANTE (Sólo si es diferente al Solicitante)	FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR (O de su representante legal si es menor de edad)	FIRMA DEL SOLICITANTE MANCOMUNADO	FIRMA DEL AGENTE
LUGAR Y FECHA			

Para uso interno de la Compañía

Sueños Bienes Deportes Festejos Legados Viajes

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** (sólo 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. Plástico (Crédito o sólo Débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes / Año)
1°					
2°					
3°					

*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 mí(s) Tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, 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.

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE	FIRMA DEL AGENTE	LUGAR Y FECHA

Art. 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

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

Folio Pegaso

En caso afirmativo: Describa el puesto

Tiempo o periodo

Parentesco o vínculo

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?
Especifique: Sí No

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí No

Nombre y porcentaje de participación

Si el contratante es persona moral o persona física con representante legal o la prima es igual o mayor a 10,000 dólares, favor de llenar el formato único clave GA-082.

FIRMA