



Datos del contratante (solo si es diferente al solicitante titular)										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				Sexo ☐ Masculino (M) ☐ Femenino (F)		Folio Pegaso				
RFC			CURP							
Estado civil ☐ Sociedad de convivencia ☐ Soltero, divorciado o viudo ☐ Casado o en unión libre			Edad		Nacionalidad					
Para personas físicas Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)				Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____						
Residencia fiscal en el extranjero ☐ Sí, país _____ ☐ No			¿Ciudadanía en el extranjero? ☐ Sí, país _____ ☐ No							
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año			Firma Electrónica Avanzada (FIEL)							
Correo electrónico			Ingreso anual (solo personas físicas)		Ocupación o profesión/ Actividad o giro mercantil					
Domicilio Calle						No. exterior		No. interior		
Colonia			Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)				
Llenar estos datos en caso de ser extranjero, ser ciudadano de los Estados Unidos o residente fiscal en el extranjero										
Domicilio Calle			No. exterior		No. interior		Colonia		Código postal	
Población o ciudad		Estado		País		No. de Identificación Fiscal		Teléfono		
Para personas morales Nombre(s) del(los) apoderado(s) legal(es)										
¿La entidad tiene residencia fiscal en el extranjero? ☐ Sí, país _____ ☐ No								Folio mercantil		
¿Existen personas físicas que posean o controlen (directa o indirectamente) el 25% o más del capital o derechos de voto de la persona moral contratante? ☐ Sí ☐ No										
¿Dichas personas son ciudadanos o residentes para efectos fiscales en el extranjero? ☐ Sí, país _____ ☐ No										
Datos del solicitante titular										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social						Sexo ☐ Masculino (M) ☐ Femenino (F)				
RFC				CURP						
Estado civil ☐ Sociedad de convivencia ☐ Soltero, divorciado o viudo ☐ Casado o en unión libre				Relación con el contratante			Nacionalidad			
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)						Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____				



Solicitud de seguro Vida Individual

Residencia fiscal en el extranjero ☐ Sí, país _____ ☐ No				¿Ciudadanía en el extranjero? ☐ Sí, país _____ ☐ No			
Fecha de nacimiento Día Mes Año				Edad		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	
Correo electrónico				Ingreso anual (solo personas físicas)		Ocupación o profesión/ Actividad o giro mercantil	
Domicilio Calle						No. exterior	
Colonia						Código postal	
Delegación o municipio				Población o ciudad		Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad) 01				Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044	
Llenar estos datos en caso de ser extranjero, ser ciudadano de los Estados Unidos o residente fiscal en el extranjero							
Domicilio Calle				No. exterior		No. interior	
Colonia				Código postal			
Población o ciudad		Estado		País		No. de Identificación Fiscal	
Teléfono							
Datos del Solicitante mancomunado/seguro conyugal							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social						Sexo ☐ Masculino (M) ☐ Femenino (F)	
RFC				CURP			
Estado civil ☐ Sociedad de convivencia ☐ Soltero, divorciado o viudo ☐ Casado o en unión libre				Relación con el contratante		Nacionalidad	
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)						Doble nacionalidad ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____	
Residencia fiscal en el extranjero ☐ Sí, país _____ ☐ No				¿Ciudadanía en el extranjero? ☐ Sí, país _____ ☐ No			
Fecha de nacimiento Día Mes Año				Edad		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	
Correo electrónico				Ingreso anual (solo personas físicas)		Ocupación o profesión/ Actividad o giro mercantil	
Domicilio Calle						No. exterior	
Colonia						Código postal	
Delegación o municipio				Población o ciudad		Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad) 01				Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044	
Llenar estos datos en caso de ser extranjero, ser ciudadano de los Estados Unidos o residente fiscal en el extranjero							
Domicilio Calle				No. exterior		No. interior	
Colonia				Código postal			
Población o ciudad		Estado		País		No. de Identificación Fiscal	
Teléfono							



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

Solicitante	Ramo	Aseguradora	Suma asegurada
1. Titular			
2. Cónyuge/Concubino/ Mancomunado			

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.

(Indicar en la columna de Solicitante si es el titular, el mancomunado o el conyugal).

No.	Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Domicilio de los beneficiarios (solo en caso de ser distinto al domicilio del solicitante titular, el mancomunado o el conyugal)

	Calle, número interior, número exterior, colonia, delegación o municipio, población o ciudad, estado
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	



Plan solicitado														
Confirmar características aplicables a cada producto														Suma asegurada
☐ Vida ProTGT	Plazo		Plazo de pagos											Básica
	☐ Temporal	1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70		\$ _____	
	☐ Vitalicio	1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70	vitalicio		
☐ Aliados+	Plazo						☐ Persona Clave							Moneda ☐ UDI ☐ Nacional ☐ Dólares Incremento de suma asegurada alcanzada ☐ Sí ☐ No
15	20	Edad alcanzada:				65	☐ Retiro							
☐ Mujer Única	Inversión						Protección							Nota: Moneda Nacional al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) / Dólares al Consumer Price Index (CPI, solo en Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión). Aportación adicional / Prima excedente / Prima de ahorro (frecuencia igual al pago de prima básica) \$ _____
	Riesgo	• Cáncer				\$ _____		• Cáncer					\$ _____	
	☐ Preferente	• Fallecimiento				\$ _____		• Temporal					\$ _____	
	☐ Estándar	• Prima excedente				\$ _____		• Vitalicio					\$ _____	
☐ Sueldo Familiar	☒ Invalidez BI Exención de pago de prima por invalidez total y permanente PAI Pago adicional por invalidez total y permanente													
☐ Vida Académico	• Plazo de pagos VPL: _____ • VPL \$ _____ • Temporal: _____ \$ _____													
☐ EduAhorro	Plazo de seguro educativo: _____ años Meta educacional \$ _____ Plazo de pago educativo: _____ años													
☐ Vida Inteligente Plus	Riesgo		Beneficio por fallecimiento										Estrategia de inversión Fondo Básica excedente Conservador _____% _____% Balanceado _____% _____% Crecimiento _____% _____% Dólares _____% _____% Dinámico MX _____% _____% Dinámico EUA _____% _____% Total 100% 100%	
☐ Mi Proyecto R (PPR)	☐ Preferente		☐ Nivelado (no aplica para PPR)											
☐ Vida Inteligente	☐ Estándar		☐ Creciente											
Coberturas adicionales	Invalidez total y permanente	☐ BI Exención de pago de primas por invalidez total y permanente				☐ ECMI Exención de los costos del seguro por invalidez total y permanente				☐ PAI Pago adicional por invalidez total y permanente \$ _____				
	Accidentes	☐ DI Muerte accidental	☐ DIPO DI + Pérdidas orgánicas				☐ DIPOC DIPO + muerte accidental colectiva				Suma Asegurada \$ _____			
	Otros	☐ CDC Cobertura de cáncer (VIP) \$ _____				☐ PAE Pago adicional por enfermedades graves \$ _____				☐ CC Cobertura Conyugal \$ _____				
		☐ IAC Indemnización adicional por cáncer \$ _____				☐ PCD Protección continua por desempleo (solo aplica para empleados de nómina)				☐ Individual ☐ Familiar ☐ Individual y dependientes ☐ Individual y cónyuge				
		GF Gastos funerarios Vida ProTGT, Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente, Vida Académico, Mujer Única y Mi Proyecto R \$ _____ Llenar los datos de los solicitantes y el cuestionario relativo a gastos funerarios. En Vida ProTGT y Mujer Única Protección solo aplica GF Individual.												



Solicitud de seguro Vida Individual

Frecuencia de pago				Forma de pago				Tipo de comisión									
☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual				☐ Pago referenciado ☐ Cargo automático en banco				☐ Decreciente ☐ Nivelada									
Cuestionarios (si se requiere ampliar información agregarla en hoja anexa)																	
Ocupación																	
Solicitante	Descripción y/o detalle de la ocupación y actividad			Lugar de trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)			Material y/o equipo de trabajo			Ingresos anuales							
1. Titular										\$							
2. Cónyuge/Concubino/Mancomunado										\$							
3. Dependiente/Menor										\$							
Por el desempeño de su ocupación laboral:				¿Quién(es)?		Especifique											
a. ¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? ☐ Sí ☐ No																	
b. ¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, alto voltaje, otros? ☐ Sí ☐ No																	
c. ¿Su ocupación requiere el uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? ☐ Sí ☐ No																	
Deportes, aficiones y aviación																	
¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? ☐ Sí ☐ No																	
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares, de gobierno o militares? ☐ Sí ☐ No																	
¿Desea cubrir el riesgo? ☐ Sí ☐ No																	
Si desea cubrir el riesgo, anexe a esta solicitud el cuestionario correspondiente.																	
Estatura, peso y hábitos																	
Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	Fuma	¿Desde cuándo?	Frecuencia Diaria (D) Semanal (S) Mensual (M) Eventual (E) Cantidad (C)	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?	Desde - Hasta	Frecuencia Diaria (D) Semanal (S) Mensual (M) Eventual (E) Cantidad (C)	¿Usa o ha usado drogas y/o estimulantes?	Desde - Hasta	Frecuencia Diaria (D) Semanal (S) Mensual (M) Eventual (E) Cantidad (C)						
												Sí	No	mes	año	D	S
1																	
2																	
3																	
Especifique:																	



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 ☐ No	10. ¿Transmisibles: hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis o cualquier otra? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación? ☐ Sí ☐ No	11. ¿De los ojos o de los oídos? ☐ Sí ☐ No
3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares? ☐ Sí ☐ No	12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon, recto, vías biliares, hígado, páncreas, bazo? ☐ Sí ☐ No	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 ☐ No
5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros? ☐ Sí ☐ No	14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso? ☐ Sí ☐ No	Mujeres
7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro? ☐ Sí ☐ No	15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Endocrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras? ☐ Sí ☐ No	16. ¿Está embarazada actualmente; ha tenido abortos, complicaciones en este embarazo o en embarazos anteriores? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor? ☐ Sí ☐ No	

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Solicitante	No. de pregunta	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 Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión (proporcione los datos de los solicitantes para esta cobertura, contesta la pregunta indicando a quien corresponda)

¿Alguno de los solicitantes padece o ha padecido cáncer, leucemia o linfoma en los últimos cinco años, enfermedades cerebrales y mentales, infarto cardiaco, angina de pecho, malformaciones y tratamientos quirúrgicos cardiacos, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), hepatitis "C" o cirrosis, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico?

Cónyuge	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

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							

Datos del agente (aspectos internos de la compañía)

	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	No. de promotor	C. de contribución	Producción
Agente 1			%			%
Agente 2			%			%

Notas importantes

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.

Para efectos que pueda tener esta solicitud, el contratante o solicitante declara bajo protesta de decir verdad que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, son verídicas y están completas, asimismo acepta que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud constituyen la base sobre la que se celebra el contrato de seguro.

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar la solicitud de seguro y selección de riesgo, emisión de la póliza, así como para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro. El aviso de privacidad integral lo puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Cruzar la casilla que corresponda: [] Sí [] No Autorizo que AXA trate mis datos personales financieros, patrimoniales y sensibles para evaluar la solicitud de seguro y selección de riesgo, emisión de la póliza, así como para todas las finalidades relativas al cumplimiento del contrato de seguro. Firma: _____

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.

Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las condiciones generales que se encuentran disponibles en axa.mx.

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, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción [] No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico.

Correo electrónico: _____.

Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las condiciones generales a través del portal axa.mx, o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.

**Notas importantes (continuación)**

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

El cliente declara, garantiza y certifica a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** que (i) todos los pagos de prima así como las aportaciones adicionales a la prima aplicadas a esta póliza, contrato o producto han sido o serán declaradas de manera apropiada a la autoridad fiscal pertinente en la jurisdicción del domicilio habitual del cliente para efectos de cargos fiscales y/o en cualquier otra jurisdicción que se requiera o sea procedente de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, y (ii) los fondos no proceden, directa o indirectamente, de fuentes o actividades ilícitas y/o de evasión fiscal.

AXA Seguros, S.A. de C.V. ha mantenido por largos años una política de cooperación con autoridades fiscales y gubernamentales para combatir el lavado de dinero, la evasión fiscal y otras actividades ilícitas. En los casos en que el cliente no sea un residente fiscal de la jurisdicción donde se emita la póliza, contrato o seguro ("Transacción Transfronteriza"), o en los casos en los que el cliente sea residente fiscal en otro país, AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, así como tratados internacionales de los que México sea parte, revelar a las autoridades fiscales y/o gubernamentales de México y/o del país de origen del cliente la identidad de este y determinada información concerniente a la póliza, contrato o producto objeto de este formulario de solicitud. El cliente se compromete a notificar de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. cualquier cambio de circunstancias referentes a su residencia fiscal y a proporcionar a AXA Seguros, S.A. de C.V. una declaración actualizada dentro de un periodo de 30 días a partir de dicho cambio de circunstancias.

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.

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**Esta sección deberá ser llenada por el contratante.**

En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el Segundo grado o en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, 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

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 ☐ No
Especifique:

Nombre y porcentaje de participación

Actúa en nombre y por cuenta propia ☐ Sí ☐ No	En caso negativo mencione el nombre del tercero por el que actúa
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	Parentesco o vínculo con usted

Domicilio de dicha persona

¿Es usted quien pagará la prima? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima

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	Firma del solicitante titular	Firma del solicitante mancomunado	Firma del agente	Lugar y fecha



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)					
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)
1º					
2º					
3º					
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 y/o Master Card, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales y subsecuentes de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el Banco de México 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 la póliza.					
El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al 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 que integra este producto de seguro, quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de diciembre de 2018, con el número CGEN-S0048-0122-2018 / 00770006. Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la unidad especializada de nuestra compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 01 800 737 7663 (opción 1) y desde la Cd. de México 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escríbanos a axasoluciones@axa.com.mx; o bien, comunicarse a Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, México, CDMX, C.P. 03100 - Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx.					
Abreviaturas: PPR - Plan Personal de Retiro VPL - Vida Pagos Limitados					



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx