



## Vida y Ahorro

### Solicitud de Seguro Vida Individual

Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)		Folio Pegaso
RFC		CURP		
Estado civil <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Soltero, divorciado o viudo <input type="checkbox"/> Casado o en unión libre		Edad	Nacionalidad	
Para personas físicas Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)		Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____		
Residencia fiscal en el extranjero <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> No		¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		
Correo electrónico	Ingreso Anual (solo personas físicas)	Ocupación o profesión/ Actividad o giro mercantil		
<b>Domicilio</b> Calle			No. exterior	No. interior
Colonia		Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad
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				
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
Población o ciudad		Estado	País	Código postal
Para personas morales Nombre(s) del(los) apoderado(s) legal(es)		No. de Identificación Fiscal		
¿La entidad tiene residencia fiscal en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Dichas personas son ciudadanos o residentes para efectos fiscales en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> No				
Datos del Solicitante titular				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)	
RFC		CURP		
Estado civil <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Soltero, divorciado o viudo <input type="checkbox"/> Casado o en unión libre		Relación con el Contratante	Nacionalidad	
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	



## Vida y Ahorro

### Solicitud de Seguro Vida Individual

Residencia fiscal en el extranjero <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> No				¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> 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			
<b>Domicilio</b> Calle					No. exterior		No. interior	
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								
<b>Domicilio</b> Calle				No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal
Población o ciudad		Estado	País	No. de Identificación Fiscal		Teléfono		
<b>Datos del Solicitante mancomunado/seguro conyugal</b>								
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)			
RFC				CURP				
Estado civil <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia <input type="checkbox"/> Soltero, divorciado o viudo <input type="checkbox"/> Casado o en unión libre			Relación con el Contratante		Nacionalidad			
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)					Doble nacionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____			
Residencia fiscal en el extranjero <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> No				¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí, país _____ <input type="checkbox"/> 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			
<b>Domicilio</b> Calle					No. exterior		No. interior	
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								
<b>Domicilio</b> 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											<b>Suma Asegurada</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Vida ProTGT</b>	Plazo		Plazo de pagos									Básica \$ _____	
	<input type="checkbox"/> Temporal	1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70		
<input type="checkbox"/> Vitalicio	1	5	10	15	20	25	Edad alcanzada:	60	65	70	vitalicio		
<input type="checkbox"/> <b>Aliados+</b>	Plazo			Edad alcanzada:					<input type="checkbox"/> Persona Clave		<input type="checkbox"/> Retiro		
	15	20					65						
<input type="checkbox"/> <b>Mujer Única</b>	<b>Inversión</b>				<b>Protección</b>								
	Riesgo	<input type="checkbox"/> Preferente	<input type="checkbox"/> Estándar	• Cáncer \$ _____	• Fallecimiento \$ _____	• Prima excedente \$ _____	• Cáncer \$ _____	• Temporal \$ _____	• Vitalicio \$ _____				
<input type="checkbox"/> <b>Sueldo Familiar</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Invalidez</b> <b>BI</b> Exención de Pago de Prima por Invalidez Total y Permanente <b>PAI</b> Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente												
<input type="checkbox"/> <b>Vida Académico</b>	<input type="checkbox"/> <b>BI</b> Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente • Plazo de pagos VPL: _____ • VPL \$ _____ • Temporal: _____ \$ _____												
<input type="checkbox"/> <b>EduAhorro</b>	Plazo de seguro educativo: _____ años					Meta educacional \$ _____							
<input type="checkbox"/> <b>Vida Inteligente Plus</b>	Riesgo				Beneficio por fallecimiento								
<input type="checkbox"/> <b>Mi Proyecto R (PPR)</b>	<input type="checkbox"/> Preferente				<input type="checkbox"/> Nivelado (no aplica para PPR)								
<input type="checkbox"/> <b>Vida Inteligente</b>	<input type="checkbox"/> Estándar				<input type="checkbox"/> Creciente								
<b>Coberturas adicionales</b>	<input type="checkbox"/> <b>Invalidez Total y Permanente</b>	<input type="checkbox"/> <b>BI</b> Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente				<input type="checkbox"/> <b>ECMI</b> Exención de los Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente				<input type="checkbox"/> <b>PAI</b> Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente \$ _____			
	<input type="checkbox"/> <b>Accidentes</b>	<input type="checkbox"/> <b>DI</b> Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> <b>DIPO</b> DI + Pérdidas Orgánicas			<input type="checkbox"/> <b>DIPOC</b> DIPO + Muerte Accidental Colectiva			<b>Suma Asegurada</b> \$ _____				
	<input type="checkbox"/> <b>Otros</b>	<input type="checkbox"/> <b>CDC</b> Cobertura de Cáncer (VIP) \$ _____			<input type="checkbox"/> <b>PAE</b> Pago Adicional por Enfermedades Graves \$ _____				<input type="checkbox"/> <b>CC</b> Cobertura Conyugal \$ _____				
		<input type="checkbox"/> <b>IAC</b> Indemnización Adicional por Cáncer \$ _____			<input type="checkbox"/> <b>PCD</b> Protección Continua por Desempleo (solo aplica para empleados de nómina)				<input type="checkbox"/> <b>GF</b> Gastos Funerarios Vida ProTGT, Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente, Vida Académico, Mujer Única y Mi Proyecto R \$ _____ <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual y dependientes <input type="checkbox"/> Individual y cónyuge				
<b>Aportación adicional / Prima excedente / Prima de ahorro</b> (frecuencia igual al Pago de Prima básica) \$ _____											<b>Estrategia de inversión</b> <b>Fondo</b> <b>Básica excedente</b> Conservador _____% _____% Balanceado _____% _____% Crecimiento _____% _____% Dólares _____% _____% Dinámico MX _____% _____% Dinámico EUA _____% _____% <b>Total</b> <b>100%</b> <b>100%</b>		
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).													
Llenar los datos de los Solicitantes y el cuestionario relativo a Gastos Funerarios. En Vida ProTGT y Mujer Única Protección solo aplica <b>GF</b> Individual.													







<b>Gastos Funerarios Vida Inteligente Plus, Vida Inteligente y Mujer Única Inversión</b> (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		
<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"/> Sí <input type="checkbox"/> 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							
<p>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. Además autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a <b>AXA Seguros, S.A. de C.V.</b> todos sus antecedentes patológicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. 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, 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.</p> <p>Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en <a href="http://axa.mx">axa.mx</a>, y para todos los fines del Contrato de Seguro.</p> <p>Cruzar la casilla que corresponda: [ ] Sí [ ] No otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros la siniestralidad de mi Póliza. En ese sentido el intermediario/ ejecutivo/ agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.</p> <p>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.</p> <p>Para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en <a href="http://axa.mx">axa.mx</a>.</p> <p>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.</p> <p>Correo electrónico _____.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las Condiciones Generales a través del portal <a href="http://axa.mx">axa.mx</a>, o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.</p>							



### 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; y el Cliente, a su vez, acepta y conviene por la presente en que AXA Seguros, S.A. de C.V. podrá hacer dicha revelación de manera discrecional. 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


**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 (crédito o solo 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 mi(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 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 11 de octubre de 2018, con el número CGEN-S0048-0108-2018 /CONDUSEF-00770-003.

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](mailto: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 (01 800) 999 80 80, [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

Abreviaturas:

PPR - Plan Personal de Retiro

VPL - Vida Pagos Limitados



**Llámanos sin costo**  
**01 800 900 1292**  
**axa.mx**