

Gastos Médicos Mayores Individual Solicitud de cambios en datos de la póliza

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	Día	Mes	Año	Folio Pegaso
Nombre del asegurado titular					
Nombre del contratante					
Cancelación de la póliza					
Número de póliza	A partir de que fecha se cancela	Día	Mes	Año	
Motivo de la cancelación					
Cambios en datos de la póliza					
Contratante	Dice	Debe decir			
Nombre					
Parentesco con el asegurado titular					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
R.F.C.					
C.U.R.P.					
Domicilio					
Otro, especifica					
Asegurado titular	Dice	Debe decir			
Nombre					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
R.F.C.					
C.U.R.P.					
Domicilio					
Otro, especifica					
Otros asegurados (dependientes)	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno del asegurado (obligatorio)	Dice	Debe decir		
Nombre					
Parentesco con el asegurado titular					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
Otro, especifica					

Altas de asegurados									
Solicitante 1									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el asegurado titular			
R.F.C.			C.U.R.P.			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	Nacionalidad	
Doble nacionalidad ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión	
Domicilio (llenar en caso de ser diferente al asegurado titular)						No. exterior		No. interior	
Calle			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)			
01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en país de origen				No. exterior	No. Interior	Colonia		Código postal	
Calle									
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono		
Solicitante 2									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el asegurado titular			
R.F.C.			C.U.R.P.			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	Nacionalidad	
Doble nacionalidad ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión	
Domicilio (llenar en caso de ser diferente al asegurado titular)						No. exterior		No. interior	
Calle			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)			
01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera									
Domicilio en país de origen				No. exterior	No. Interior	Colonia		Código postal	
Calle									
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono		
Solicitante 3									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el asegurado titular			
R.F.C.			C.U.R.P.			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	Nacionalidad	
Doble nacionalidad ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión	

Domicilio (llenar en caso de ser diferente al asegurado titular)						No. exterior	No. interior
Calle							
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)			
01		01					
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera							
Domicilio en país de origen				No. exterior	No. Interior	Colonia	Código postal
Calle							
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono	
Bajas de asegurados							
Asegurado 1							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el asegurado titular	
Asegurado 2							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el asegurado titular	
Asegurado 3							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno							
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el asegurado titular	
Cambio de contratante							
Nuevo contratante							
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social							
R.F.C.		C.U.R.P.			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	Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	Nacionalidad
Doble nacionalidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico	Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión		
¿Cuál? _____							
Domicilio						No. exterior	No. interior
Calle							
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)			
01		01					
Para personas morales							
Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)							
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera							
Domicilio en país de origen				No. exterior	No. Interior	Colonia	Código postal
Calle							
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono	

Reasignación de asegurado titular (entre los mismos asegurados de la póliza)			
Nuevo asegurado titular			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			
R.F.C.	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Correo electrónico			
Domicilio			No. exterior
Calle			No. interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad
Estado			
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)	
01		01	
Tel. celular (con clave de ciudad)			
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera			
Domicilio en país de origen		No. exterior	No. Interior
Calle		Colonia	Código postal
Población o ciudad		Estado	País
		Teléfono	
Reasignación de parentesco de los asegurados de la póliza por cambio de asegurado titular			
Asegurado	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Parentesco con el nuevo asegurado titular
1			
2			
3			
4			
5			
Nota importante			
En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las condiciones generales me sean entregadas en forma digital o electrónica, o bien a través del portal axa.mx, sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA.			
Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la compañía, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.			
AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535 piso 27, Colonia Del Valle, Código Postal 03100, Delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral de AXA Seguros ingresando a la página 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 Protección 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. La documentación contractual que integra este formato, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.			
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 conozca(n) o deba(n) 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 importante que se le pregunte podría originar la pérdida del derecho del integrante o del beneficiario en su caso aunque no haya influido en la realización del siniestro.			
Firma del contratante o asegurado titular	Firma del agente	Firma del nuevo contratante (en caso de nuevo contratante se requiere la firma adicional a la del contratante anterior)	Lugar y fecha

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-S0048-0115-2014 de fecha de 22 de octubre 2014.