



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Información de la Póliza									
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Alta de Asegurado					Número de Póliza para alta			Folio	
Fecha de solicitud					Día Mes Año				
Vigencia (debe cumplir con las políticas internas)					Desde las 12 horas				
Día Mes Año					Día Mes Año				
Datos del Solicitante titular y Contratante (en caso de ser la misma persona)									
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral Otro(a) _____									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social									
RFC o número de identificación fiscal (NIF)					CURP				
País y estado de nacimiento							Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa				Día Mes Año		Número de serie del certificado FIEL		Nacionalidad(es)	
Actividad o giro mercantil			Ocupación o profesión			Correo electrónico			
Domicilio							No. exterior		No. interior
Calle									
Colonia			Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado
Tel. particular				Tel. oficina			Tel. celular		
Para personas morales							Folio mercantil		
Nombre(s) completo(s) de(los) representante(s) legal(es)									
Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)									
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral Otro(a) _____									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno (como aparece en su identificación oficial) o razón social									
RFC o número de identificación fiscal (NIF)					CURP			País y estado de nacimiento	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento/ Constitución de la empresa		Día Mes Año		Número de serie del certificado FIEL			
Nacionalidad(es)		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión		Correo electrónico			
Domicilio							No. exterior		No. interior
Calle									
Colonia			Código postal		Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado
Tel. particular				Tel. oficina			Tel. celular		
Para personas morales							Folio mercantil		
Nombre(s) completo(s) del(los) representante(s) legal(es)									



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Otros seguros de gastos médicos mayores							
<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual	Póliza	No. de Póliza Individual	No. de Póliza Colectivo			
<input type="checkbox"/> Otra compañía	<input type="checkbox"/> Colectivo	1					
¿Cuál? _____		2					
Plan							
Gama hospitalaria	Tabulador	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Periodo de pago de siniestro	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Diamante <input type="checkbox"/> Esmeralda <input type="checkbox"/> Zafiro	<input type="checkbox"/> Roble + 100% <input type="checkbox"/> Roble + 50% <input type="checkbox"/> Roble <input type="checkbox"/> Caoba <input type="checkbox"/> Cedro <input type="checkbox"/> Fresno <input type="checkbox"/> Olivo	<input type="checkbox"/> \$550,000 <input type="checkbox"/> \$1,100,000 <input type="checkbox"/> \$3,300,000 <input type="checkbox"/> \$6,600,000 <input type="checkbox"/> \$28,000,000 <input type="checkbox"/> \$75,000,000 <input type="checkbox"/> \$145,000,000	<input type="checkbox"/> \$11,000 <input type="checkbox"/> \$16,000 <input type="checkbox"/> \$21,000 <input type="checkbox"/> \$31,000 <input type="checkbox"/> \$44,000 <input type="checkbox"/> \$68,000 <input type="checkbox"/> \$145,000	<input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> 100 años	<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
Coberturas adicionales Flex Plus®							
<input type="checkbox"/> Medicamentos Fuera del Hospital							
<input type="checkbox"/> Maternidad Extendida							
<input type="checkbox"/> Preexistencia							
<input type="checkbox"/> Cliente Distinguido							
<input type="checkbox"/> Deducible 0 por Accidente							
<input type="checkbox"/> Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos							
<input type="checkbox"/> Planmed							
<input type="checkbox"/> Cobertura Nacional							
<input type="checkbox"/> Continuidad Garantizada							
Complementos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero							
<input type="checkbox"/> Enfermedades Cubiertas en el Extranjero							
<input type="checkbox"/> Atención en el Extranjero							
<input type="checkbox"/> Protección Dental Integral							
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia en Viajes							
<input type="checkbox"/> Conversión Garantizada							
<input type="checkbox"/> \$500,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$1,000,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$5,000,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$750,000 Moneda Nacional <input type="checkbox"/> \$2,000,000 Moneda Nacional Póliza Colectiva AXA**							
**En caso de que la Póliza Colectiva con la que cuente el Asegurado sea con AXA.							



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Datos de los Solicitantes

No. Solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*							
2. Solicitante*							
3. Solicitante*							
4. Solicitante*							
5. Solicitante*							
6. Solicitante*							
7. Solicitante*							
8. Solicitante*							
9. Solicitante*							
10. Solicitante*							

¿Alguno de los solicitantes habita en un domicilio diferente al del Titular? Sí No

En caso afirmativo, por favor, indicar el domicilio de cada solicitante en el formato **AI-458 Anexo Flex Plus® Domicilio**.

Reconocimiento de antigüedad (se deberá adjuntar copia de la Póliza anterior con Endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de Antigüedad de AXA Colectivo o AXA Individual, se requiere solamente el número de Póliza).

No. Solicitante	Antigüedad AXA Individual				Antigüedad AXA Colectivo				Antigüedad reconocida (otra compañía)		
	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año	No. Póliza	Día	Mes	Año
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

Estatura, peso y hábitos

No. Solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma o ha fumado?		Desde - Hasta (año/año)	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde - Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														



Cuestionario médico (este cuestionario deberá ser contestado para cada uno de los Solicitantes)						
1. ¿Alguno de los Solicitantes tiene o ha tenido diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?						
a. Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. Alguno de los Solicitantes recibe algún tipo de tratamiento de forma constante, por intervalos de tiempo o de manera ocasional por:						
a. Molestias o dolor bajo de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
c. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. Cualquier otra causa no mencionada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. Alguno de los Solicitantes:						
a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. Actualmente alguno de los Solicitantes:						
a. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b. ¿Presenta algún malestar, signo o síntoma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5. ¿Alguno de los Solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?						
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguno de los Solicitantes ha variado su peso más de 7 kilos en el último año?						
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información.						
No. Solicitante	No. de pregunta / inciso	Detalle (síntoma y/o diagnóstico)	Estado actual	No. de veces que las ha padecido	Inicio día/mes/año	Última vez día/mes/año



7. ¿Alguno de los Solicitantes tiene antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o trastorno mental? Sí No
En caso afirmativo, proporcionar la siguiente información:

No. de Solicitante	Parentesco con el Solicitante	Enfermedad(es)	Causa y edad en caso de fallecimiento

Ocupación (solo para los Solicitantes mayores de edad)

No. de Solicitante	Ocupación/ Profesión	Actividad / Giro	Si alguno de los Solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo

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 esta lo estima conveniente.

Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que ha dado personalmente todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, que son verídicas y están completas; asimismo, conviene en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias para el Contrato de seguro solicitado y en que 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, al efecto, indico en el apartado "Datos de Contratante" de esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la siguiente opción: "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía 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. Asimismo, hago constar que, para detalle de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, puedo consultar las Condiciones generales que se encuentran disponibles en axa.mx

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.



Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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, o bien, 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, mencione nombre completo _____

Puesto desempeñado _____

Relación con el participante _____

Bajo protesta de decir la verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?: Sí No

En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa, quien también deberá llenar el Formato único respectivo.

¿Es usted quien pagará la prima?: Sí No

En caso negativo, mencione el nombre completo de la persona que pagará la prima, y llenar el Formato único respectivo para esa persona.

Aviso de privacidad

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud del seguro, en su caso, emitir su póliza y para todas las finalidades relativas al cumplimiento del Contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de privacidad".

Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas y para el cobro de la prima. Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud.

Autorizo que AXA Seguros transfiera con mi agente o broker mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo los patrimoniales, financieros y sensibles.

Sí acepto. Firma del Asegurado: Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud.

No acepto.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad Integral.

Entrevista con el cliente (exclusivo para agentes de seguros)

Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente



Gastos Médicos Mayores Individual
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Flex Plus®

Datos de agente (aspectos internos de la Compañía)					
	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	Centro de contribución	Cesión de comisión
Agente 1			%		%
Agente 2			%		%
Firma del Contratante (solo si es diferente al Solicitante)		Firma del Solicitante titular (o su representante legal si es menor de edad)		Firma del agente	Lugar y fecha

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 o llame a los teléfonos 800 737 7663 (opción 1) y 55 5169 2746 (opción 1) desde la Ciudad de México, en un horario 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. Asimismo, puede dirigirse a la Condusef en av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, C.P. 03100, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o contactar a través de los teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 80 80 o al correo asesoria@condusef.gob.mx.

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 11 de febrero de 2022, con el número CCNSF-S0048-0061-2022.

