



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		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión		¿Cuál? _____
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			
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		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión		¿Cuál? _____
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			
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		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico		Actividad o giro mercantil		Ocupación o profesión		¿Cuál? _____

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		Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año		Parentesco con el asegurado titular			
		<input type="checkbox"/> Femenino													
Asegurado 2															
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno															
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año		Parentesco con el asegurado titular			
		<input type="checkbox"/> Femenino													
Asegurado 3															
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno															
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año		Parentesco con el asegurado titular			
		<input type="checkbox"/> Femenino													
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		Fecha de nacimiento /		Día		Mes		Año		Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		Nacionalidad	
		<input type="checkbox"/> Femenino		Constitución de la empresa											
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 Calle			No. exterior
Colonia			No. interior
Código postal	Delegación o municipio		Estado
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 Calle		No. exterior	No. Interior
Población o ciudad		Colonia	Código postal
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			
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, 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</p> <p>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.</p> <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 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.</p>			
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.