



Gastos Médicos Mayores Internacional
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Globalmex Premium / Globalmex Executive

Información de la Póliza											
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Inclusión de cónyuge / Dependientes <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de producto / Deducible							Folio				
No. de Póliza anterior		Fecha de solicitud		Día Mes Año							
Vigencia* Desde las 12 hrs.			Día Mes Año			* Debe cumplir con las políticas internas Hasta las 12 hrs.					
Datos del Contratante (solo si es diferente al Solicitante titular)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Ninguno											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social											
RFC (con homoclave)			CURP								
País de nacimiento		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa					Día Mes Año	
Firma Electrónica Avanzada (FIEL)			Nacionalidad			Actividad o giro mercantil					
Correo electrónico			Ocupación o profesión			Ingresos mensuales aproximados \$					
Domicilio 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					
Para personas morales Nombre(s) del(los) apoderado(s) legal(es)							Folio mercantil				
Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera											
Domicilio Calle				No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal			
Población o ciudad		Estado		País		Teléfono					
Indique las razones por las que desea adquirir un producto en territorio nacional											
Datos del Solicitante (solo en caso de ser distinto del Contratante)											
Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/> Ninguno											
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					Ingresos mensuales aproximados \$						
RFC (con homoclave)			CURP							País de nacimiento	
Género <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 ¿Cuál?			Correo electrónico						

AI - 430 • OCTUBRE 2018



Gastos Médicos Mayores Internacional
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Globalmex Premium / Globalmex Executive

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) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044		
Para personas morales Nombre(s) de(los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil	

Llenar estos datos en caso de tener nacionalidad extranjera

Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono	

Otros seguros de gastos médicos mayores

¿Tiene usted seguro médico con otra compañía de seguro? Sí No

<input type="checkbox"/> AXA Seguros	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Póliza	No. de Póliza individual	No. de Póliza colectivo
<input type="checkbox"/> Otra compañía ¿Cuál? _____		1		
		2		

¿Piensa seguir con la cobertura con la otra compañía? Sí No

¿Usted ha tenido cobertura anteriormente con Global Benefits Group (GBG) para cualquier otro tipo de seguro? Sí No

En caso afirmativo, informar el número de la Póliza o nombre de la colectividad

Plan

Tipo de producto	Deducible	Forma de pago	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Globalmex Premium	<input type="checkbox"/> \$1,000 USD <input type="checkbox"/> \$2,000 USD <input type="checkbox"/> \$5,000 USD <input type="checkbox"/> \$10,000 USD <input type="checkbox"/> \$20,000 USD	<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
<input type="checkbox"/> Globalmex Executive			

Datos de los Solicitantes / Dependientes

No. Solicitante	CURP o ciudad de nacimiento	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Ha tramitado ante alguna autoridad un cambio de nombre		Género		Fecha de nacimiento			Ocupación
			Sí	No	M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*										
2. Cónyuge*										
3. Hijo(a)*										
4. Hijo(a)*										
5. Hijo(a)*										
6. Hijo(a)*										
7. Hijo(a)*										
8. Hijo(a)*										
9. Hijo(a)*										
10. Hijo(a)*										

* En adelante se mencionarán a los Solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.



Gastos Médicos Mayores Internacional
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Globalmex Premium / Globalmex Executive

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 A (este cuestionario deberá ser contestado si hay cobertura con otra compañía de seguro internacional calificada y la edad máxima de los Solicitantes es 64 años. Las respuestas deben aplicarse para cada uno de los Solicitantes)

1. Indique si usted o alguno de sus dependientes ha recibido diagnóstico, pruebas, hospitalización o recomendación de tratamiento para alguna de las siguientes:

a. ¿Cualquier tipo de tumor (cáncer o tumores benignos) o cualquier tipo de desordenes de la sangre como leucemia, linfoma, mielodisplasia, anemias, hemofilia o otras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Cualquier trastorno cardiovascular como enfermedad coronaria, ataque al corazón, aneurisma, accidente cerebrovascular, arritmias o cualquier histórico de problemas de la glucosa tales como la diabetes o pre-diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Cualquier trastorno de los riñones, del hígado, páncreas o de los pulmones, tales como insuficiencia renal crónica, riñones poliquísticos, cirrosis hepática, hepatitis crónica, pancreatitis, bronquitis crónica, enfisema o fibrosis pulmonar, entre otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Cualquier trastorno neurológico o psiquiátrico grave, tales como la esclerosis múltiple, Parkinson o Alzheimer, convulsiones, depresión mayor, esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, o trastornos congénitos como síndromes genéticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Trasplante de órganos, uso de medicamentos altamente especializados, trastornos autoinmunes como el lupus, vasculitis, artritis reumatoide, esclerodermia, psoriasis, o cualquier otra condición médica crónica que no haya sido mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. ¿Alguno de los Solicitantes fue hospitalizado en los últimos 24 meses? Sí No

3. ¿Está usted o cualquiera de sus dependientes (cónyuge o niñas) embarazada? Sí No

4. ¿Alguno de los Solicitantes espera someterse a una cirugía en los próximos 6 meses; o está actualmente recibiendo o espera recibir tratamiento o cuidado para cualquier condición no mencionada arriba; o está bajo investigación (en espera de los resultados de la biopsia/pruebas) para condición médica o síntomas? Sí No



Gastos Médicos Mayores Internacional
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Globalmex Premium / Globalmex Executive

Cuestionario médico B (este cuestionario deberá ser contestado si no hay cobertura con otra compañía de seguro internacional calificada o si la edad máxima de los Solicitantes es igual o mayor 65 años. Las respuestas deben aplicarse para cada uno de los Solicitantes)	
1. Indique si usted o alguno de sus dependientes ha recibido diagnóstico, pruebas, hospitalización o recomendación de tratamiento para alguna de las siguientes:	
a. ¿Convulsiones o cualquier tipo de trastorno convulsivo, parálisis, migrañas, esclerosis múltiple o algún otro trastorno neurológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Algún trastorno mental, conductual o emocional como depresión, ansiedad, neurosis, psicosis, desórdenes alimenticios, autismo o necesidad de cualquier tipo de psicoterapia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Presión arterial alta, colesterol alto o triglicéridos, ataque cardíaco, aneurisma, accidente cerebrovascular, dolor en el pecho o palpitaciones, coágulos de sangre o cualquier otro trastorno cardíaco o circulatorio? En caso de ser afirmativa su respuesta, indique la lectura más reciente de la presión arterial: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Asma, alergias, bronquitis, sinusitis o algún trastorno pulmonar o respiratorio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Hepatitis (o resultado positivo en prueba de hepatitis), colitis, diarrea crónica, hernia hiatal, esofagitis, úlcera en el estómago o duodeno, hemorroides, problemas de vesícula biliar, pancreatitis o cualquier trastorno hepático, pancreático o digestivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. ¿Cáncer, tumores benignos, quistes o ganglios linfáticos inflamados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. ¿Psoriasis, dermatitis o cualquier trastorno de la piel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. ¿Anemia, hemofilia o algún trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. ¿Cálculos renales, problemas de la vejiga o algún otro tipo de trastorno renal o urinario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. ¿Trastornos de mamas, ovarios o útero, afecciones de la próstata o índice elevado de antígeno prostático específico (PSA), endometriosis, enfermedades de transmisión sexual o cualquier otro trastorno del aparato genital o reproductor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. ¿Artritis reumatoide o cualquier tipo de artritis, reumatismo, lupus o cualquier tipo de trastorno autoinmune; cualquier trastorno de las rodillas, hombros, problemas de columna vertebral o cualquier otro trastorno de las articulaciones, músculos o huesos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
l. ¿Diabetes, trastornos tiroideos, pituitarios, suprarrenales o cualquier otra afección endocrina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
m. ¿Cataratas, glaucoma o cualquier trastorno de los ojos, pérdida auditiva o cualquier trastorno de oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
n. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (CRS), VIH positivo u otros trastornos inmunológicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
o. ¿Defectos congénitos, mutaciones genéticas o trastornos hereditarios o cualquier malformación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguno de los Solicitantes ha aumentado o perdido más de 12 kg de peso en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Es alguno de los Solicitantes candidato o receptor de algún tipo de trasplante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguno de los Solicitantes ha estado hospitalizado en los últimos 10 años por alguna razón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿A alguno de los Solicitantes le ha sido negado, postergado, sobrecargado o limitado un seguro de vida, salud o accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Participa usted en alguna profesión, deporte o pasatiempo que potencialmente podría considerarse peligroso o en cualquier deporte profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿A alguno de los Solicitantes se le ha aconsejado someterse a un procedimiento quirúrgico, hospitalización o pruebas que no se han completado todavía; o está esperando los resultados de alguna prueba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha tenido alguno de los Solicitantes algún síntoma, problema de salud, lesión o trastorno no mencionado anteriormente, para el cual ha consultado o no con un profesional médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

AI - 430 • OCTUBRE 2018



Gastos Médicos Mayores Internacional
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Globalmex Premium / Globalmex Executive

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 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 **AXA Seguros, S.A. de C.V.** 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.

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.

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 por dar por terminada su cobertura.

Tratamientos de datos personales

“Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en axa.mx, y para todos los fines del Contrato de Seguro”.

Sí__ No__ , otorgo mi consentimiento para que AXA transfiera con mi agente de seguros todos los datos relacionados con la siniestralidad de mi Póliza. En ese sentido el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera. Asimismo, será Responsable por el uso, almacenamiento y resguardo de los Datos Financieros que recibe de sus clientes, Contratantes, Beneficiarios o prospectos de Asegurados, ya sea directa o indirectamente o por cualquier medio físico o electrónico, para el cobro, administración, mantenimiento o renovación de la Póliza de seguro así como para la facturación de los servicios y productos, incluyendo cargos en línea y pagos recurrentes y deberá tratar los Datos Financieros conforme a su Aviso de Privacidad.



Gastos Médicos Mayores Internacional
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Globalmex Premium / Globalmex Executive

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En caso de ser personas 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:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí No Nombre y porcentaje de participación

Entrevista personal con el cliente (Contratante)

En cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones Legales vigentes, se presenta ante usted el Sr./Sra. _____ agente de seguros con clave número _____, para efectos de entrevistarle y para recabar los datos y documentos de identificación que permitan a esta institución contar con su expediente debidamente integrado.

El agente mencionado se presentó ante usted en el domicilio mencionado con anterioridad en este documento. Sí No

Que corresponde a su:

Domicilio particular Domicilio laboral Otro (especificar):

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

En caso de contestar "no", especifique la causa y el nombre del tercero por el que actúa:

Parentesco o vínculo con usted:

Domicilio de dicha persona:

Teléfono de dicha persona:

En caso de que el tercero sea una persona moral, indique:

a) La estructura corporativa:

b) Nombres de los accionistas o socios:

Como resultado de la entrevista, el agente de seguros ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.

Datos de apoderado / agente (aspectos internos de la Compañía)

No. de agente	Nombre del agente	Comisión	C. de contribución	Cesión de comisión
Agente 1		%		%

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 08 de octubre del 2018, con el número CNSF-S0048-0501-2018/Condusef-003426-02 y a partir del día 08 de octubre del 2018, con el número CNSF-S0048-0500-2018/Condusef-003425-03.



Gastos Médicos Mayores Internacional
Solicitud de Seguro Gastos Médicos
Globalmex Premium / Globalmex Executive

Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta

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. de clabe (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1º					
2º					
3º					

*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 de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación 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

Quejas

1. Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)	2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)
<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos: En la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1) Interior de la República: 01 800 737 7663 (opción 1) Dirección: Félix Cuevas 366, piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Registro electrónico de comentarios: axa.mx/web/servicios-axa/quejas</p>	<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos: En la Ciudad de México: (55) 53 40 0999 Interior de la República: 01 800 999 8080 Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx Registro de comentarios en asesoria@condusef.gob.mx</p>