



Información de la Póliza																																			
No. de Póliza					¿La Póliza ha tenido siniestro?				No. de siniestro																										
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																														
Fecha de solicitud:			Día		Mes		Año		Vigencia del recibo:			Desde las		Día		Mes		Año		Hasta las			Día		Mes		Año								
									12 hrs.									12 hrs.																	
Datos del Asegurado																																			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social																																			
¿Requiere cambio de nombre del asegurado? (Presentar copia de factura con endoso) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social																					
RFC														CURP																					
País de nacimiento														Nacionalidad							Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa														
																					Día Mes Año														
Correo electrónico										Para personas físicas y morales, Firma Electrónica Avanzada (FIEL)										Folio mercantil															
Para personas morales Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)																						¿Requiere cambio de domicilio?													
																						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
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)											
¿Requiere cambio de agente? (anexar el formato para cambio de agente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																			
¿Requiere cambio de forma de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual * Solo cargo automático																																			
¿Requiere cambio de sistema de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito* <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito*																																			
*Anexar carta de autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques (llenar formato CV-060). Nota: para forma de pago con cheque y tarjeta de débito, se deberá anexar estado de cuenta con CLABE (18 dígitos).																																			
¿Requiere cambio de modelo y/o clave de vehículo? <input type="checkbox"/> Modelo* _____ <input type="checkbox"/> Clave del vehículo _____ * Se requiere copia de la factura (legible)																																			
En caso de solicitar alguno de los siguientes cambios, especificar con L (letra) o N (número) en el cuadro inferior como se indica en el ejemplo:																																			
Ejemplo				No. de serie* (usar mayúsculas)												Motor (usar mayúsculas)												No. de placas**							
5 S 8 B																																			
N L N L																																			
** Se requiere tarjeta de circulación																																			



¿Requiere cambio de servicio? <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público local <input type="checkbox"/> Autotransporte federal <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Foráneo		
¿Requiere cambio de uso? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Renta diaria <input type="checkbox"/> Reparto de mensajería <input type="checkbox"/> Autoescuela <input type="checkbox"/> Grúa <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Servicio de emergencia <input type="checkbox"/> Traslado de valores <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Transporte escolar y de personal <input type="checkbox"/> Protect App <input type="checkbox"/> Plataformas móviles Especifique: _____		
¿Requiere cambio de valor? <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> *Factura \$ _____ <small>*Aplica para vehículos último modelo con factura hasta 3 meses de expedición. El valor solicitado debe incluir IVA.</small>	¿Requiere cambio de porcentaje?(elegido sobre el valor comercial) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 110% (no aplica a unidades último modelo)	
¿Requiere cambio en tipo de carga? <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____		
¿Requiere cambio de paquete de cobertura? <input type="checkbox"/> Amplia Plus <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Básica		
¿Requiere cambio de beneficiarios? (solo por pérdida de la vida del conductor en la cobertura de Accidentes Automovilísticos al Conductor)		
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	Parentesco (para efectos de identificación)	% de participación



¿Requiere incluir, modificar y/o cancelar alguna cobertura? (indique en el cuadro **M** si requiere modificación, **I** si requiere incluir o **C** si requiere cancelar la cobertura).

Coberturas				
	Suma asegurada	Deducible <small>*Unidad de Medida y Actualización</small>		Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	,	UMA*	<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Volcaduras	1 0 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Ocupantes	,	**Se requiere copia de facturas, y relación del equipo y/o adaptaciones a cubrir.	<input type="checkbox"/> Robo Total	%
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor	,		<input type="checkbox"/> Daños Materiales	%
<input type="checkbox"/> Equipo Especial**	,		<input type="checkbox"/> Extensión de Responsabilidad Civil	
<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones	,		<input type="checkbox"/> Auto Consentido	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Personas en Exceso	,		<input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible y Devolución de Primas	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes	,		<input type="checkbox"/> Robo Parcial de Autopartes	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños al Viajero	, UMA*		<input type="checkbox"/> Deducible 0% con Tercero Responsable	
<input type="checkbox"/> Automóvil Sustituto por Robo Total	,		<input type="checkbox"/> Gastos de Transporte	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica	,		<input type="checkbox"/> Multas y Corralones	
				<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia
			<input type="checkbox"/> Defensa legal	
			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Doble Semiremolque (aplica para Tractocamiones)	
			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Remolque	
			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Adaptaciones	

¿Cuál es el motivo de la cancelación de la póliza?

	Requerimiento		Requerimiento	A partir de:
1. <input type="checkbox"/> A solicitud del Asegurado	Firma del Asegurado	5. <input type="checkbox"/> Por pérdida total	Copia de finiquito	Día Mes Año
2. <input type="checkbox"/> Por sustitución	Firma del Asegurado	6. <input type="checkbox"/> Por falta de pago	Regresar Póliza y recibos	
3. <input type="checkbox"/> No es aceptada	Regresar Póliza y recibos	7. <input type="checkbox"/> Por duplicidad de Póliza		
4. <input type="checkbox"/> Error de captura	Regresar Póliza y recibos	8. <input type="checkbox"/> Por venta del vehículo	Firma del Asegurado	

Si la cancelación genera prima a favor del asegurado, se le reembolsará mediante: Nota de crédito Cheque Cuenta bancaria

Banco	No. de cuenta tokenizado	Observaciones



Nota importante

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en Ciudad de México, México, le informa que sus 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 expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el 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.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA favor de marcar la siguiente casilla. Sí _____ No _____

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA 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: _____

Datos de agente (aspectos internos de la compañía)

Nombre	No. de agente AGT
Firma del agente	Lugar y fecha

Entrevista personal con el cliente

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 entrevistante y para recabar los datos y documentos de identificación que permitan la compañía 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	No. exterior	No. Interior	Colonia
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) 01

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

- a) La estructura corporativa
- b) Nombres de los accionistas o socios

Nota: se deberá 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 ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.



Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguro 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, 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo
¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Especifique:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación
Firma del Contratante o Representante legal		Lugar y fecha