



Información de la Póliza					
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación		No. Póliza anterior		Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	
Fecha de solicitud Día Mes Año			Código de campaña		
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* *Solo cargo automático					
Método de pago <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex					
Vigencia Desde las 12 hrs. Día Mes Año Hasta las 12 hrs. Día Mes Año					
Datos del Contratante					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
RFC			CURP		
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Nacionalidad
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año			Para personas físicas y morales Firma Electrónica Avanzada (FIEL)		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado			Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Ocupación o profesión
Correo electrónico			Actividad o giro		
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 del (los) apoderado(s) legal(es)			Folio mercantil		
Llenar estos datos en caso de ser extranjero					
Domicilio en el país de origen Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Población o ciudad		Estado		País	



Coberturas adicionales				
Coberturas		Suma Asegurada		Coberturas
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	,		Defensa Legal <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gastos Médicos Ocupantes	,		Servicios de Asistencia <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Accidentes Automovilísticos al Conductor	,		Eliminación de Deducible y Devolución de Primas <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Personas en Exceso	,		Extensión de Responsabilidad Civil <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes	,		Responsabilidad Civil Remolque <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Ecológica	,		Responsabilidad Civil Viajero <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Daños Materiales	Deducible	%	Auto Consentido <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Robo Total	Deducible	%	Auto Sustituto por Robo Total <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pérdida Total por Colisiones y/o Volcaduras	Deducible	%	Robo Parcial de Autopartes <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil por Daños a Terceros y su deducible UMA*	Deducible	%	Deducible 0% con Tercero Responsable <input type="checkbox"/>
				Gastos de Transporte <input type="checkbox"/>
				Multas y Corralones <input type="checkbox"/>
				Responsabilidad Civil Adaptaciones <input type="checkbox"/>
Daños por carga				
<input type="checkbox"/>	A. Mercancías con reducido grado de peligrosidad en su transporte tales como: ropa, confección, calzado, alimentos, agua.			
<input type="checkbox"/>	B. Mercancías peligrosas tales como: agricultura, ganadería, mudanzas, alfarería, maderas, construcción, materiales, minerales, industria automotriz.			
<input type="checkbox"/>	C. Mercancías o sustancias altamente peligrosas: gasolina, químicos.			
	* Unidad de Medida Actualizada			
Equipo Especial, Adaptaciones y/o Conversiones (especificar descripción del Equipo Especial, Adaptación y/o Conversiones y anexar copia de la factura)				
				<input type="checkbox"/> Equipo Especial <input type="checkbox"/> Adaptación y/o Conversión
				<input type="checkbox"/> Equipo Especial <input type="checkbox"/> Adaptación y/o Conversión
				<input type="checkbox"/> Equipo Especial <input type="checkbox"/> Adaptación y/o Conversión
Beneficiarios (solo por pérdida de la vida del conductor en accidente automovilístico)				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Parentesco (para efectos de identificación)		% de participación
1				
2				
3				
Datos del agente				
	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	% de participación
Agente 1			%	
Agente 2			%	
Notas importantes				
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. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.				
AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx				



Notas importantes (continuación)

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 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. Firma _____.

Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros.

Sí _____ No _____ Firma _____. "En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y no estampe su firma".

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

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: _____

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.

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 detalles de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte 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 Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Certificación del agente o conducto de venta: he inspeccionado el vehículo y me consta que no tiene daños preexistentes a esta solicitud. De igual forma, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos y los he corroborado. Asimismo, 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.

Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)

Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:

En CDMX, México: **5169 2746 (opción 1)**

Interior de la República: **01 800 737 76 63 (opción 1)**

Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. 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.

Para consultar oficinas de atención en el resto del país visita: axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion

O escríbenos al correo: axasoluciones@axa.com.mx o en nuestra página web axa.mx en la sección

¿Conforme con el servicio?, la ruta es axa.mx/web/servicios-axa/quejas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)

Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:

En CDMX, México: **(55) 53 40 0999**

Interior de la República: **01 800 999 8080**

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, CDMX, 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



Observaciones				
<hr/> <hr/> <hr/>				
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 del entrevistador y para recabar los datos y documentos de identificación que permitan a la Compañía contar con su expediente debidamente integrado.				
El agente mencionado se presentó ante usted en el domicilio mencionado con anterioridad en este documento. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Que corresponde a su:				
Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____				
Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
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) 044	
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 Seguros y de Fianzas				
Exclusivo para personas físicas. Mencione si usted, 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:				

AU - 317 • JULIO 2019



¿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 (solo si es diferente al solicitante)	Firma del solicitante titular	Firma del agente	Lugar y fecha

Cargo automático

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

Nombre del contratante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

Datos del tarjetahabiente (solo en caso de ser diferente al contratante) (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Relación con el contratante

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 tokenizado	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					

Día de cargo Día *Elegir del día 1 al 28 del mes

El día de cargo aplica solamente para la tarjeta principal y una vez que se haya emitido la Póliza con este valor **no** se podrá modificar la fecha de cargo a la tarjeta durante la vigencia de la Póliza.

2°	No ingresar datos				
3°	No ingresar datos				

*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, Master Card y/o American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **AXA Seguros, S.A. de C.V.** 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, día de cobro 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 póliza.

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al art. 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

Firma del Contratante / Solicitante	Firma del agente	Lugar y fecha

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 30 de noviembre de 2016 con el número CNSF-S0048-0934-2016.

AU - 317 - JULIO 2019