



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			Folio/Instancia	
Fecha de solicitud Día Mes Año				Código de campaña						
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Anual** <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* **Solo polianuales *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 horas Día Mes Año Hasta las 12 horas 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			



Conductores					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Fecha de nacimiento		Sexo	
		Día	Mes	Año	Masculino Femenino
1					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beneficiario preferente en caso de pérdida total					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
Y/O nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
RFC		CURP			
Descripción del vehículo					
Categoría de circulación		Subtipo			Clave de vehículo
<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Turista		<input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Pick up <input type="checkbox"/> Camión de pasajeros			
<input type="checkbox"/> Fronterizo		<input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Tractocamión <input type="checkbox"/> Semirremolque <input type="checkbox"/> Remolque			
Modelo	Marca	Versión		Línea	
No. de puertas	No. de cilindros	Transmisión		Eléctrico	
	<input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Automático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Equipado	Aire acondicionado	No. de constancia de inscripción al Registro Público Vehicular			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Uso <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Renta diaria <input type="checkbox"/> Reparto y mensajería <input type="checkbox"/> Autoescuela <input type="checkbox"/> Grúa					
<input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Servicios de emergencia <input type="checkbox"/> Traslado de valores <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Transporte escolar y de personal					
Servicio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público local <input type="checkbox"/> Auto transporte federal					
Indicar el número de serie, número de motor y placas con L (letra) o N (número) en el cuadro inferior como se muestra en el ejemplo.					
Ejemplo: Número de serie Número de motor					
5 S 8 B					
N L N L					
No. de placas		Estado de expedición de placas		No. de ocupantes	
Tipo de suma asegurada					
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Convenido \$ <input type="checkbox"/> *Factura \$					
*Aplica para vehículos último modelo con factura hasta 3 meses de expedición. El valor solicitado debe incluir IVA.					
Porcentaje (elegido sobre el valor comercial) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 110% (no aplica en unidades de último modelo)				Blindaje (se requiere factura) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vehículo de salvamento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					



Paquete de coberturas				
<input type="checkbox"/> Seguro Básico Estandarizado. Ampara la cobertura Responsabilidad Civil Bienes y Personas como Límite Único y Combinado (LUC). En caso de elegir esta cobertura, pasar directamente a la sección de datos del agente.		Límite máximo de responsabilidad \$250,000 M.N.		
<input type="checkbox"/> Escudo RCP				
<input type="checkbox"/> Plus (sujeto a políticas de suscripción)		<input type="checkbox"/> Esencial		
<input type="checkbox"/> Amplia		<input type="checkbox"/> Básica		
Deducible <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Variable (solo Plus)				
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 Doble Semirremolque	<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 Interiores	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros y su deducible DSMGVDF*	Deducible %	Deducible 0% con Tercero Responsable	<input type="checkbox"/>	
		Gastos de Transporte	<input type="checkbox"/>	
		Multas y Corralones	<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.				
* Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.				
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	% de Comisión	% de participación
Agente 1				
Agente 2				



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. 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.

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 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-S0048-0130-2011 7 de julio 2011.

En mi carácter de Solicitante y/o Contratante, estoy de acuerdo que en caso de que mi solicitud de seguro sea aceptada las condiciones generales me sean entregadas de forma electrónica descargándolas a través del portal axa.mx

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en la Ciudad de 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

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.

Observaciones

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 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 ☐ No ☐



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)	Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)
01	01		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:			
¿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)
1º					
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.					
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, 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	
Este documento y la nota técnica que lo fundamenta están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros para el producto de seguro denominado Autos con registro CNSF-S0048-0580-2014 con 12 de febrero de 2015; para el seguro denominado Seguro de Camiones con registro CNSF-S0048-0581-2014 con fecha 03 de febrero de 2015 y para el seguro denominado Seguro Básico Estandarizado de Responsabilidad Civil Autos con registro CNSF-S0048-0299-2009 del 22 de junio de 2009.					



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:</p> <p>En la Ciudad de 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, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:</p> <p>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, CDMX, México, C.P. 03100.</p> <p>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>