



Información de la Póliza										
<b>Póliza</b> <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación			<b>No. Póliza anterior</b>			<b>Moneda</b> <input type="checkbox"/> Nacional		<b>Folio/Instancia</b>		
<b>Fecha de solicitud</b> Día Mes Año			<b>Código de campaña</b>							
<b>Frecuencia de pago</b> <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Anual** <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* <b>**Solo polianuales</b> <b>*Solo cargo automático</b>										
<b>Método de pago</b> <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex										
<b>Vigencia</b> Desde las 12 hrs. Día Mes Año Desde las 12 hrs. Día Mes Año										
<b>Lugar donde se realiza la compra</b>										
Datos del Contratante										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
RFC					CURP					
Nombre de dependencia/Empresa							No. de empresa			
Sucursal (clave, unidad administrativa o adscripción)					Departamento			Oficina		
País de nacimiento					Nacionalidad					
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado							
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año					Para personas físicas y morales Firma Electrónica Avanzada (FIEL)					
<b>Tipo de persona</b> <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Correo electrónico				Actividad o giro				
<b>Domicilio</b> 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)		
<b>Para personas morales</b> Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)						Folio mercantil				

AU - 319 • OCTUBRE 2019



#### Tipo de Suma Asegurada

☐ Comercial ☐ Convenido \$ \_\_\_\_\_ ☐ \*Factura \$ \_\_\_\_\_

\*Aplica para vehículos último modelo con factura de hasta 3 meses de expedición.  
El valor solicitado debe incluir IVA.

**Porcentaje** (elegido sobre el valor comercial) ☐ 100% ☐ 110% (no aplica en unidades último modelo)

☐ **Blindaje** (se requiere factura) ☐ Sí ☐ No

#### Paquete de coberturas

☐ Amplia ☐ Limitada  
☐ Limitada Plus (sujeto a políticas de suscripción) ☐ Básica  
☒ Detalle de coberturas y deducibles por vehículo según relación anexa

**Deducible** ☐ Fijo ☐ Variable

#### Coberturas

	Suma Asegurada	Deducible *Unidad de Medida y Actualización       UMA*		Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros			<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Volcaduras	1   0 %
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia			<input type="checkbox"/> Daños Materiales	%
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Ocupantes			<input type="checkbox"/> Robo Total	%
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor			<input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible y Devolución de Primas	
<input type="checkbox"/> Defensa Legal			<input type="checkbox"/> Auto Sustituto por Robo Total	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica			<input type="checkbox"/> Auto Consentido	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños del Viajero				
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Personas en Exceso				

#### Tipo de carga

- ☐ A. Mercancía poco peligrosa en su transporte, por ejemplo: abarrotes, carnes, lácteos, bolsas, calzado, corcho, cosméticos, plásticos, vidrio, anuncios.
- ☐ B. Mercancía peligrosa en su transporte, por ejemplo: ferretería, herrería, madera, ganado en pie, maquinaria, postes, rollos de papel, cable o alambre, viguetas de acero, materiales, partes o módulos para la industria de la construcción.
- ☐ C. Mercancía altamente peligrosa en su transporte, tal como sustancias y/o productos tóxicos y/o corrosivos, inflamables y/o explosivos, o cualquier otro tipo de carga similar a las enunciadas, excepto las sustancias definidas como clase o división 1 y 7 en la norma oficial mexicana NOM-002-SCT o cualquiera que la modifique o sustituya.

Nota: para conocer los tipos de cargas a detalle consulta tus Condiciones Generales.



**Equipo Especial, Adaptación y/o Conversiones (especificar descripción del equipo, 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 Accidentes Automovilísticos al Conductor)**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	Parentesco (para efectos de identificación)	% de participación

**Datos de agente (aspectos internos de la Compañía)**

	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	No. promotor	C. de contribución	Producción
<b>Agente 1</b>			%			%
<b>Agente 2</b>			%			%

**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.

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](http://axa.mx)

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.

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](http://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:



#### Nota importante (continuación)

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](http://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](http://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 empresa 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 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. 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](http://axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion)

O escríbenos al correo: [axasoluciones@axa.com.mx](mailto:axasoluciones@axa.com.mx) o en nuestra página web [axa.mx](http://axa.mx) en la sección

¿Conforme con el servicio?, la ruta es [axa.mx/web/servicios-axa/quejas](http://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 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.

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

Registro de comentarios en [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

#### 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 entrevistante 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 ☐



<b>Que corresponde a su:</b>			
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)	
01		01	
Tel. celular (con clave de ciudad)			
<b>En caso de que el tercero sea una persona moral indique:</b>			
a) La estructura corporativa			
b) Nombres de los accionistas o socios			
<b>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.</b>			
Como resultado de la entrevista, el agente ha recabado a satisfacción la información y documentación pertinente.			
<b>Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguro y de Fianzas</b>			
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?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Especifique:			
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?		Nombre y porcentaje de participación	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Firma del Contratante/Solicitante</b>		<b>Firma del agente</b>	<b>Lugar y fecha</b>
<b>Cargo automático</b>			
<b>Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques</b>			
<b>Nombre del Contratante</b> (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)			
<b>Datos del tarjetahabiente</b> (solo en caso de ser diferente al Contratante) (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)			<b>Relación con el Contratante</b>



Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

Banco	Cargo*	No. CLABE (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°					
3°					

\*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 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 16 de Noviembre de 2017 con el número CNSF-S0048-0575-2017.