



Información de la Póliza													
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación				No. Póliza anterior				Moneda <input type="checkbox"/> Nacional				Folio/Instancia	
Fecha de solicitud Día Mes Año				Código de campaña									
Frecuencia de pago **Solo polianuales <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Anual** <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual													
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 Desde las 12 hrs. Día Mes Año													
Lugar donde se realiza la compra													
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							
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Estado civil <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)							
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		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) 01					
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				Código postal	



Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

Domicilio

Día Mes Año

RFC

CURP

Y/O nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

Domicilio

Día Mes Año

RFC

CURP

<input type="checkbox"/> Según relacion anexa		Modelo		Marca		Tipo	
<input type="checkbox"/> Camión Pesado <input type="checkbox"/> Tractocamión		<input type="checkbox"/> Semirremolque <input type="checkbox"/> Dolly		<input type="checkbox"/> Autobuses <input type="checkbox"/> Microbuses		<input type="checkbox"/> Minibuses <input type="checkbox"/> Doblesemirremolque	
No. puertas	No. cilindros	Transmisión <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Automático	Eléctrico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Equipado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aire acondicionado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. constancia de inscripción al REPUVE (NCI)	
Uso	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Turismo						
	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Transporte escolar						
	<input type="checkbox"/> Transporte empleados						
Servicio	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Foráneo						
	<input type="checkbox"/> Público						
	<input type="checkbox"/> Público Federal						
	<input type="checkbox"/> Urbano						

Indicar el número de serie, número de motor con L (letra) o N (número) en el cuadro inferior como se muestra en el ejemplo.

Ejemplo: Número de serie

Número de motor

[illegible]

Número de placas

Estado de expedición de placas

Clase

☐ Importado ☐ Fronterizo
☐ Residente ☐ Regularizado

No. ocupantes

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 I.V.A.

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



Paquete de coberturas				
<input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Limitada				
<input type="checkbox"/> Limitada Plus (sujeto a políticas de suscripción) <input type="checkbox"/> Básica			Deducible <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Variable	
<input type="checkbox"/> Detalle de coberturas y deducibles por vehículo según relación anexa				
Coberturas				
	Suma Asegurada	Deducible		Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros		*Unidad de Medida y Actualización UMA*	<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Volcaduras	1 0 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Ocupantes			<input type="checkbox"/> Daños Materiales	%
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor			<input type="checkbox"/> Robo Total	%
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Adaptaciones	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Personas en Exceso			<input type="checkbox"/> Daños por la Carga	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños del Viajero	UMA*		<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Doble Semirremolque	
			<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia	
			<input type="checkbox"/> Defensa Legal	
Tipo de carga				
<input type="checkbox"/> A. Mercancía poco peligrosa en su transporte, por ejemplo: abarrotes, carnes, lácteos, bolsas, calzado, corcho, cosméticos.				
<input type="checkbox"/> 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.				
<input type="checkbox"/> 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 enerales.				
Equipo Especial, Adaptaciones 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"/> Adaptaciones y/o Conversiones	
		<input type="checkbox"/> Equipo Especial	<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones	
		<input type="checkbox"/> Equipo Especial	<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones	
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)		Porcentaje de participación	



Datos de agente (aspectos internos de la Compañía)

	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	No. promotor	C. de contribución	Producción
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.

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 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: _____

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 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. Así mismo, declaro haber explicado ampliamente al solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptado de 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, México, CDMX, 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 las 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 la Ciudad de México: **(55) 53 40 0999**

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

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

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 ☐

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 ☐ 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

Firma del contratante/Solicitante

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. CLABE (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°					
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 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 10 de agosto de 2018 con el número CNSF-S0048-0329-2018/CONDUSEF-003314-02.