



Por medio de la presente autorizo 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 y/o Master Card, American Express o mi cuenta de cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la Póliza contratada.

Póliza	No. de Póliza en vigor (en su caso)	Ramo	<input type="checkbox"/> Automóviles	<input type="checkbox"/> Daños
<input type="checkbox"/> Nueva			<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores/Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Vida

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

Banco	Cargo a:*	No. de Cuenta (débito cuenta de cheques)	No. Clabe (débito cuenta de cheques)	No. de Plástico tokenizado	Miembro desde (Año)	Venci- miento (Mes/ Año)
1° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch					
2° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch					
3° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch					

*Cargo a: D= Tarjeta Débito, C= Tarjeta Crédito, Ch= Cuenta de Cheques.

Aplicable exclusivamente al ramo de Automóviles.

Renovación automática	Estoy enterado que la Aseguradora renovará año con año, en forma automática por periodos máximos de un año, la Póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido, sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a la Aseguradora por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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:

- Cancelación del instrumento bancario no notificada a la aseguradora;
- Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la aseguradora;
- Por rechazo bancario;
- Cualesquiera otra causa establecida en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito.

De acuerdo al párrafo anterior, me comprometo a mantener saldo suficiente para el pago del seguro contratado, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado, quedando enterado y conforme que esta Póliza quedará cancelada por causas imputables al suscrito de acuerdo a lo previsto en las Condiciones Generales de la Póliza contratada.

En este sentido y en el supuesto caso de que por cualesquiera causas mi(s) tarjeta(s) de crédito, débito o cuenta de cheques o sus respectivas reposiciones no operaran el (los) cargo(s) automático(s) antes descrito(s), me comprometo a pagar oportunamente su(s) importe(s) en las oficinas de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**

Extiendo la presente autorización por tiempo de vigencia de la Póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales; y por último, declaro estar enterado y de acuerdo en que los estados de cuenta bancarios operen como recibo comprobante del cobro efectuado y que en su caso me obligo a manifestar por escrito **AXA Seguros, S.A. de C.V.** y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

Atentamente,

Nombre del tarjetahabiente/cuentahabiente

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------



Domicilio del tarjetahabiente/cuentahabiente			
Calle y No.		Colonia	C.P.
Municipio/Delegación	Estado	Tel.oficina	Tel.particular
		01	01
Correo electrónico			

Nota importante

Estimado Asegurado le recomendamos vigilar que en su estado de cuenta aparezca el cargo por la prima correspondiente al seguro que haya contratado y de acuerdo a la forma de pago pactada. En caso de que dicho cargo no aparezca en su estado de cuenta, o si de acuerdo a la forma de pago seleccionada después de aparecer el primer descuento se interrumpen los cargos a su cuenta, favor de notificar por escrito a su Agente de Seguros o a AXA Seguros, S.A. de C.V. mediante correo certificado o acuse de recibo entregados en el domicilio de la Compañía, contenido en la Carátula de Póliza. En caso de que la Compañía no reciba notificación por escrito del agente y/o Asegurado y/o Contratante de cualquier irregularidad y de no haberse realizado el cargo por concepto de pago de la prima correspondiente dentro del periodo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza contratada, la Compañía procederá a la cancelación de la misma.

Lugar y fecha	Firma del tarjetahabiente/cuentahabiente

La presente Carta Autorización forma parte integrante de la solicitud del Seguro y deberá obrar anexa a la misma, en caso contrario, se considerará bajo pago de conducto normal. Para complementar esta es necesario que anexe copia de lo siguiente:
IDENTIFICACIÓN OFICIAL POR AMBOS LADOS.



Por medio de la presente autorizo 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 y/o Master Card, American Express o mi cuenta de cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la Póliza contratada.

Póliza	No. de Póliza en vigor (en su caso)	Ramo	<input type="checkbox"/> Automóviles	<input type="checkbox"/> Daños
<input type="checkbox"/> Nueva			<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores/Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Vida

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

Banco	Cargo a:*	No. de Cuenta (débito cuenta de cheques)	No. Clabe (débito cuenta de cheques)	No. de Plástico tokenizado	Miembro desde (Año)	Venci- miento (Mes/ Año)
1° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch					
2° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch					
3° _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ch					

*Cargo a: **D=** Tarjeta Débito, **C=** Tarjeta Crédito, **Ch=** Cuenta de Cheques.

Aplicable exclusivamente al ramo de Automóviles.

Renovación automática	Estoy enterado que la Aseguradora renovará año con año, en forma automática por periodos máximos de un año, la Póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido, sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a la Aseguradora por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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:

- Cancelación del instrumento bancario no notificada a la aseguradora;
- Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la aseguradora;
- Por rechazo bancario;
- Cualesquiera otra causa establecida en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito.

De acuerdo al párrafo anterior, me comprometo a mantener saldo suficiente para el pago del seguro contratado, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado, quedando enterado y conforme que esta Póliza quedará cancelada por causas imputables al suscrito de acuerdo a lo previsto en las Condiciones Generales de la Póliza contratada.

En este sentido y en el supuesto caso de que por cualesquiera causas mi(s) tarjeta(s) de crédito, débito o cuenta de cheques o sus respectivas reposiciones no operaran el (los) cargo(s) automático(s) antes descrito(s), me comprometo a pagar oportunamente su(s) importe(s) en las oficinas de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**

Extiendo la presente autorización por tiempo de vigencia de la Póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales; y por último, declaro estar enterado y de acuerdo en que los estados de cuenta bancarios operen como recibo comprobante del cobro efectuado y que en su caso me obligo a manifestar por escrito **AXA Seguros, S.A. de C.V.** y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

Atentamente,

Nombre del tarjetahabiente/cuentahabiente

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------



Carta Autorización para Cargo Automático

Domicilio del tarjetahabiente/cuentahabiente			
Calle y No.		Colonia	C.P.
Municipio/Delegación	Estado	Tel.oficina	Tel.particular
		01	01
Correo electrónico			
Nota importante			
<p>Estimado Asegurado le recomendamos vigilar que en su estado de cuenta aparezca el cargo por la prima correspondiente al seguro que haya contratado y de acuerdo a la forma de pago pactada. En caso de que dicho cargo no aparezca en su estado de cuenta, o si de acuerdo a la forma de pago seleccionada después de aparecer el primer descuento se interrumpen los cargos a su cuenta, favor de notificar por escrito a su Agente de Seguros o a AXA Seguros, S.A. de C.V. mediante correo certificado o acuse de recibo entregados en el domicilio de la Compañía, contenido en la Carátula de Póliza. En caso de que la Compañía no reciba notificación por escrito del agente y/o Asegurado y/o Contratante de cualquier irregularidad y de no haberse realizado el cargo por concepto de pago de la prima correspondiente dentro del periodo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza contratada, la Compañía procederá a la cancelación de la misma.</p>			
Lugar y fecha		Firma del tarjetahabiente/cuentahabiente	
<p>La presente Carta Autorización forma parte integrante de la solicitud del Seguro y deberá obrar anexa a la misma, en caso contrario, se considerará bajo pago de conducto normal. Para complementar esta es necesario que anexe copia de lo siguiente:</p> <p>IDENTIFICACIÓN OFICIAL POR AMBOS LADOS.</p>			