

Solicitud del seguro Obligatorio
de Responsabilidad Civil Vehicular Estatal

Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Vehicular Estatal									
Número de solicitud									
Nombre del agente					Clave del agente				
Datos del contratante									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social									
R.F.C.					C.U.R.P.				
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)			
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			
Vehículo asegurado									
Clave			Descripción del vehículo (marca, submarca, tipo, versión)						
Modelo			Placa				Uso		
No. de constancia de inscripción al REPUVE (NCI)									
Número de serie					Número de motor				

Coberturas	Sumas Aseguradas	Coberturas
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Ocupantes		Defensa Legal <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor		Servicios de Asistencia <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 para remolque/ Doble Semirremolque <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica		Responsabilidad Civil Viajero <input type="checkbox"/>

Modalidades de Responsabilidad Civil	Sumas Aseguradas	Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros		UMA*
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en su Persona		UMA*
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños Materiales a Terceros		UMA*
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por causar el Fallecimiento de un Tercero		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños Corporales a Terceros		UMA*

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.

*Unidades de Medida y Actualización.

Vigencia									
Desde	Día	Mes	Año		Hasta	Día	Mes	Año	
Frecuencia de Pago									
<input checked="" type="checkbox"/> Contado									
Notas importantes									
<p>Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto está sujeta a la aceptación de “Compañía Aseguradora”, con base a los riesgos que se describen y a los términos del artículo 21, fracción primera de la Ley sobre el Contrato de Seguro. El solicitante deberá firmar la solicitud para proceder a la elaboración de la póliza definitiva; además, declara bajo protesta de decir verdad que el vehículo que solicita asegurar se encuentra en perfecto estado de uso y no ha sido objeto de siniestro a la fecha y hora especificada en esta solicitud.</p> <p>AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia , Tlacoquemécatl, 03200, México, D.F., Delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en axa.mx.</p> <p>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 _____.</p> <p>Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros.</p> <p>Sí _____ No _____ Firma _____ “En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y no estampe su firma”</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA favor de marcar la siguiente casilla. Sí _____ No _____</p> <p>Este documento sólo 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.</p> <p>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:</p> <p>No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico <input type="checkbox"/></p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>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</p> <p>Unidad Especializada de Atención a Quejas: ubicada en la dirección indicada al pie de página. Tel. 01 800 737 7663 (opción 1) y desde la Cd. de México: 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas o escríbanos a: axasoluciones@axa.com.mx</p> <p>Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México, C.P 03100, Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 8080, asesoria@condusef.gob.mx</p> <p>Certificación del agente o conducto de venta: 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.</p>									

**Solicitud del seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Vehicular Estatal****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 la compañía 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 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 ☐ 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación
--	---	--------------------------------------

Firma del contratante (sólo si es diferente al solicitante)	Firma del solicitante titular	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 el producto de Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Vehicular Estatal Autos cuenta con registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de agosto de 2016, con el número CNSF-S0048-0677-2016 y el producto de Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Vehicular Estatal Camiones con registro a partir del día 11 de agosto de 2016, con el número CNSF-S0048-0678-2016. CONDUSEF _____