



| 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 <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 Desde las 12 horas 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 | | |
| Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país) | | | | | | 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) | | | |
| 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 | | | |
| Población o ciudad | | | | Estado | | | | País | | Código postal | |



| Conductores adicionales (llenar con los datos de un conductor, como mínimo) | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|--|--|---|--|--|--|--|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno | | | | | | Fecha de nacimiento | | Sexo | |
| | | | | | | Día Mes Año | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| Pago preferente | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Camión | | Modelo | | Clave AMIS | | Marca | | Tipo | |
| No. de puertas | No. de 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. de constancia de inscripción al REPUVE (NCI) | | | |
| Uso | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Turismo | <input type="checkbox"/> Sitio <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Ruleteo <input type="checkbox"/> Transporte escolar | <input type="checkbox"/> Transporte empleados <input type="checkbox"/> Renta diaria | | | | |
| Servicio | | <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Foráneo | <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____ | <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 5 S 8 B N L N L | | | | | | | | | |
| Número de placas | | Estado de expedición de placas | | Clase <input type="checkbox"/> Importado* <input type="checkbox"/> Clásico <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Fronterizo* <input type="checkbox"/> Regularizado | | | | No. de ocupantes | |
| *En caso de siniestro que afecte las coberturas de Daños Materiales o Robo Total, el Asegurado deberá presentar la siguiente documentación: • Título que acredite la propiedad y legitimidad del vehículo • Pedimento de importación • Copia de tarjeta de circulación en donde se indique que las placas son de procedencia extranjera. | | | | | | | | | |
| Tipo valor <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Convenido \$ _____ <input type="checkbox"/> *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) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 110% (no aplica en unidades último modelo) <input type="checkbox"/> Blindaje (se requiere factura) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | |
| Otro tipo de vehículo <input type="checkbox"/> Remolque casa-habitación <input type="checkbox"/> Microbús <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Tractocamión <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Dolly <input type="checkbox"/> Remolque <input type="checkbox"/> Segundo remolque | | | | | | | | | |
| Tipo de carga <input type="checkbox"/> A. Mercancía poco peligrosa en su transporte, por ejemplo: abarrotes, carnes, lácteos, bolsas, calzado, corcho, cosméticos, plásticos, vidrio, anuncios. <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. * Para conocer los tipos de cargas a detalle consulta tus condiciones generales. | | | | | | | | | |



| Paquete de coberturas | | | | | | |
|---|----------------|--|---|--------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Amplia | | | <input type="checkbox"/> Limitada | | Deducible <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Variable | |
| <input type="checkbox"/> Limitada Plus (sujeto a políticas de suscripción) | | | <input type="checkbox"/> Básica | | | |
| Coberturas | | | | | | |
| | Suma asegurada | Deducible | | | Deducible | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros | | DSMGVDF* | <input type="checkbox"/> Daños Materiales | | | % |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia | | * Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal. | <input type="checkbox"/> Robo Total | | | % |
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Ocupantes | | | <input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Volcaduras | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor | | | <input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible y Devolución de Primas (autos y camiones hasta 3.5 toneladas y hasta 10 años de antigüedad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Defensa Legal | | | <input type="checkbox"/> Extensión Responsabilidad Civil (autos y camiones hasta 3.5 toneladas y hasta 15 años de antigüedad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Equipo Especial | | | <input type="checkbox"/> Auto Consentido (autos y camiones hasta 3.5 toneladas y hasta 10 años de antigüedad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Auto Sustituto por Robo | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños del Viajero | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Personas en Exceso | | | | | | |
| 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 accidente automovilístico) | | | | | | |
| 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 |
| Agente 1 | | | % | | | % |
| Agente 2 | | | % | | | % |



Nota importante

Se previene al Contratante y al Solicitante que conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de 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, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo 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. **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.**

En mi carácter de Solicitante y/o Contratante del seguro, acepto que las condiciones generales me sean entregadas de forma electrónica y, por tanto, en caso de que mi solicitud sea aceptada, podré obtenerlas a través del portal 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.

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 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.

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 ☐ 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) |



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 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

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? Especifique: Sí ☐ No ☐

¿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

☐ Cliente excelente

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° | | | | | |

*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 |
|-------------------------------------|------------------|---------------|
| | | |

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 Flotillas y Colectividades con registro CNSF-S0048-0582-2014 con fecha 13 de febrero de 2015 para Camiones Flotillas y Colectividades con registro CNSF-S0048-0583-2014 con fecha 13 de febrero de 2015.