



Información de la Póliza																									
No. de Póliza					¿La Póliza ha tenido siniestro?					No. de siniestro															
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
Fecha de solicitud:		Día		Mes		Año		Vigencia del recibo:		Desde las		Día		Mes		Año		Hasta las		Día		Mes		Año	
										12 hrs.								12 hrs.							
Datos del Asegurado																									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social																									
¿Requiere cambio de nombre del asegurado? (Presentar copia de factura con endoso) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social												
RFC													CURP												
País de nacimiento													Nacionalidad										Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa		
																							Día Mes Año		
Correo electrónico										Para personas físicas y morales, Firma Electrónica Avanzada (FIEL)										Folio mercantil					
Para personas morales Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)																				¿Requiere cambio de domicilio?					
																				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Domicilio Calle										No. exterior			No. Interior			Colonia						Código Postal			
Delegación o municipio										Población o ciudad										Estado					
Tel. particular (con clave de ciudad)										Tel. oficina (con clave de ciudad)										Tel. celular (con clave de ciudad)					
01										01															
¿Requiere cambio de agente? (anexar el formato para cambio de agente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
¿Requiere cambio de forma de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
<input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual * Solo cargo automático																									
¿Requiere cambio de sistema de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito* <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito*																									
*Anexar carta de autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques (llenar formato CV-060). Nota: para forma de pago con cheque y tarjeta de débito, se deberá anexar estado de cuenta con CLABE (18 dígitos).																									
¿Requiere cambio de modelo y/o clave de vehículo? <input type="checkbox"/> Modelo* <input type="checkbox"/> Clave del vehículo* * Se requiere copia de la factura (legible)																									
En caso de solicitar alguno de los siguientes cambios, especificar con L (letra) o N (número) en el cuadro inferior como se indica en el ejemplo:																									
Ejemplo		No. de serie* (usar mayúsculas)										Motor (usar mayúsculas)										No. de placas**			
5   S   8   B																									
N   L   N   L																									
** Se requiere tarjeta de circulación																									



<b>¿Requiere cambio de servicio?</b>		
<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público local <input type="checkbox"/> Autotransporte federal <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Foráneo		
<b>¿Requiere cambio de uso?</b>		
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Renta diaria <input type="checkbox"/> Reparto de mensajería <input type="checkbox"/> Autoescuela <input type="checkbox"/> Grúa		
<input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Servicio de emergencia <input type="checkbox"/> Traslado de valores <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Transporte escolar y de personal		
<input type="checkbox"/> Protect App <input type="checkbox"/> Plataformas móviles      Especifique: _____		
<b>¿Requiere cambio de valor?</b>		<b>¿Requiere cambio de porcentaje?(elegido sobre el valor comercial)</b>
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> *Factura \$ _____		<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 110% (no aplica a unidades último modelo)
*Aplica para vehículos último modelo con factura hasta 3 meses de expedición. El valor solicitado debe incluir IVA.		
<b>¿Requiere cambio en tipo de carga?</b>		
<input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____		
<b>¿Requiere cambio de paquete de cobertura?</b>		
<input type="checkbox"/> Amplia Plus <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Básica		
<b>¿Requiere cambio de beneficiarios?</b> (solo por pérdida de la vida del conductor en la cobertura de Accidentes Automovilísticos al Conductor)		
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	Parentesco(para efectos de identificación)	% de participación



<b>Coberturas</b>					
	<b>Suma asegurada</b>	<b>Deducible</b> *Unidad de Medida y Actualización		<b>Deducible</b>	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	'   '	UMA*	<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Volcaduras	1   0   %	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Ocupantes	'   '	**Se requiere copia de facturas, y relación del equipo y/o adaptaciones a cubrir.	<input type="checkbox"/> Robo Total	%	
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor	'   '		<input type="checkbox"/> Daños Materiales	%	
<input type="checkbox"/> Equipo Especial**	'   '		<input type="checkbox"/> Extensión de Responsabilidad Civil		
<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones	'   '		<input type="checkbox"/> Auto Consentido		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Personas en Exceso	'   '		<input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible y Devolución de Primas		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes	'   '		<input type="checkbox"/> Robo Parcial de Autopartes		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños al Viajero	'   '         UMA*		<input type="checkbox"/> Deducible 0% con Tercero Responsable		
<input type="checkbox"/> Automóvil Sustituto por Robo Total	'   '		<input type="checkbox"/> Gastos de Transporte		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica	'   '		<input type="checkbox"/> Multas y Corralones		
			<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia		
			<input type="checkbox"/> Defensa legal		
			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Doble Semiremolque (aplica para Tractocamiones)		
			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Remolque		
			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Adaptaciones		

<b>Requerimiento</b> 1. <input type="checkbox"/> Asolicitud del Asegurado Firma del Asegurado 2. <input type="checkbox"/> Por sustitución Firma del Asegurado 3. <input type="checkbox"/> No es aceptada Regresar Póliza y recibos 4. <input type="checkbox"/> Error de captura Regresar Póliza y recibos		<b>Requerimiento</b> 5. <input type="checkbox"/> Por pérdida total Copia de finiquito 6. <input type="checkbox"/> Por falta de pago Regresar Póliza y recibos 7. <input type="checkbox"/> Por duplicidad de Póliza 8. <input type="checkbox"/> Por venta del vehículo		<b>A partir de:</b> Día Mes Año <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
		Firma del Asegurado		

Banco	No. de cuenta tokenizado	Observaciones



#### Nota importante

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en Ciudad de México, México, le informa que sus 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: \_\_\_\_\_

#### Datos de agente (aspectos internos de la compañía)

Nombre	No. de agente AGT
Firma del agente	Lugar y fecha

#### 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 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 <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? Especifique:			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación	
<b>Firma del Contratante o Representante legal</b>		<b>Lugar y fecha</b>	