

Información de la póliza											
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación			No. póliza anterior			Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares			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* **Sólo polianuales *Sólo 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 hrs.			Día Mes Año			Día Mes Año					Hasta las 12 hrs.
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				

Coberturas adicionales				
Coberturas		Suma asegurada	Coberturas	
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil por Daños a Terceros		Servicios de Asistencia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gastos Médicos Ocupantes		Eliminación de Deducible y Devolución de Primas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Accidentes Automovilísticos al Conductor		Extensión de Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Personas en Exceso		Responsabilidad Civil Doble Semiremolque	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes		Responsabilidad Civil Viajero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Ecológica		Sigue con Auto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Daños Materiales	Deducible %	Auto Sustituto por Robo Total	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Robo Total	Deducible %	Robo Parcial de Interiores	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pérdida Total por Colisiones y/o Volcaduras	Deducible %	Deducible 0% con Tercero Responsable	<input type="checkbox"/>
			Gastos de Transporte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil por Daños a Terceros y su deducible DSMGVDF*	Deducible %	Multas y Corralones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Defensa Legal			<input type="checkbox"/>
Daños por la 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.			
* Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.				
Equipo Especial, Adaptaciones y/o Conversiones (especificar descripción del Equipo Especial, 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 (sólo 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	
1				
2				
3				
Datos del agente				
	No. de agente	Nombre del agente	Comisión	% de participación
Agente 1			%	
Agente 2			%	
Notas importantes				
<p>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.</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 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. La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo lo registro número CGEN-S0048-0130-2011 7 de julio 2011.</p> <p>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</p>				

Notas importantes (continuación)

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535 piso 27, Colonia Del Valle, Código Postal 03100, Delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, 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 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.

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.

Observaciones

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

(sólo si es diferente al solicitante)

Firma del solicitante titular
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 (sólo 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. de clabe	(débito o cuenta de cheques)	No. de plástico	(crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde	Vencimiento
						(año)	(mes/año)
1°							
Día de cargo Día Mes Año *Elegir del día 1 al 28 del mes							
El día de cargo aplica solamente para la tarjeta principal y una vez que se haya emitido la póliza con este valor no se podrá modificar la fecha de cargo a la tarjeta durante la vigencia de la póliza.							
2°							
3°							
*Cargo a: d = tarjeta d ébito, c = tarjeta c rédito, ch = cuenta de ch eques.							
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, día de cobro 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 AUTOS con registro CNSF-S0048-0645-2012 con fecha 31 de octubre de 2012; para el seguro denominado Seguro de Camiones Residentes con registro CNSF-S0048-0646-2012 con fecha 31 de octubre de 2012 y para el seguro denominado Seguro Básico Estandarizado de Responsabilidad Civil Autos con registro CNSF-S0048-0299-2009 del 22 de junio de 2009.							

Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx

AJ293 • ENERO 2013

