





<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 inclusión de?</b> <input type="checkbox"/> Semiremolque
--	---

**¿Requiere cambio de paquete de cobertura?**

Amplia Plus (sujeto a políticas de suscripción)     Seguro Básico Estandarizado. Ampara la cobertura de Responsabilidad Civil Bienes y Personas como Límite Único y Combinado (LUC).  
 Amplia  
 Esencial

**Límite máximo de responsabilidad \$250,000.00 M.N.**

**¿Requiere cambio de 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

**¿Requiere incluir, modificar y/o cancelar alguna cobertura?** (indique en el cuadro **M** si requiere modificación, **I** si requiere incluir o **C** si requiere cancelar la cobertura).

	Suma asegurada	Deducible	Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Terceros		DSMGVDF* * Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal. **Se requiere copia de facturas, y relación del equipo y/o adaptaciones a cubrir.	<input type="checkbox"/> Daños Materiales
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia			<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"/> Extensión Responsabilidad Civil
<input type="checkbox"/> Defensa Legal			<input type="checkbox"/> Auto sustituto por robo total
<input type="checkbox"/> Equipo Especial**			<input type="checkbox"/> Auto Consentido
<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones**			<input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible y Devolución de Primas.
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Personas en Exceso			<input type="checkbox"/> Robo Parcial de Interiores
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes			<input type="checkbox"/> Deducible 0% con Tercero Responsable
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Doble Semiremolque			<input type="checkbox"/> Gastos de Transporte
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Daños al Viajero		<input type="checkbox"/> Multas y Corralones	
			<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica

**¿Cuál es el motivo de la cancelación de la póliza?**

	Requerimiento	Requerimiento	A partir de:
1. <input type="checkbox"/> A solicitud del asegurado	Firma del asegurado	5. <input type="checkbox"/> Por pérdida total	
2. <input type="checkbox"/> Por sustitución	Firma del asegurado	6. <input type="checkbox"/> Por falta de pago	
3. <input type="checkbox"/> No es aceptada	Regresar póliza y recibos	7. <input type="checkbox"/> Por duplicidad de póliza	
4. <input type="checkbox"/> Error de captura	Regresar póliza y recibos	8. <input type="checkbox"/> Por venta del vehículo	

**Si la cancelación genera prima a favor del asegurado, se le reembolsará mediante:**     Nota de crédito     Cheque     Cuenta bancaria

Banco	No. de cuenta	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 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.

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 el registro número CGEN-S0048-0193-2011 de fecha 10 de agosto 2011.

**Los cambios solicitados en el presente documento serán vigentes a partir de la fecha de recibido en AXA Seguros.**

AU-251 · AGOSTO 2013



Datos de agente (aspectos internos de la compañía)			
Nombre		No. de agente	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que corresponde a su:			
Domicilio particular <input type="checkbox"/>		Domicio laboral <input type="checkbox"/>	
Otro (especificar): _____			
Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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)		Tel. oficina (con clave de ciudad)	
01		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 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS)			
<b>Exclusivo para personas físicas.</b> 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 <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
Firma del contratante o representante legal		Lugar y fecha	