

Información de la póliza									
<b>Póliza</b> <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Alta de embarcación			<b>No. póliza</b>			Folio/instancia			
<b>No. póliza anterior</b>			<b>Moneda</b> <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares						
<b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual									
<b>Tipo de pago</b> <input type="checkbox"/> Depósito en cuenta bancaria AXA <input type="checkbox"/> Cargo automático									
<b>Vigencia</b> Desde las 12 hrs.    Día    Mes    Año    Hasta las 12 hrs.    Día    Mes    Año									
Datos del contratante									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social									
R.F.C.					C.U.R.P.				
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día    Mes    Año				Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)					
Correo electrónico			Ocupación o profesión (personas físicas)			Actividad o giro (personas morales)			
<b>Para personas morales</b> Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil (personas morales)				
Identificación			Emisor de la identificación			Número de la identificación			
<b>Domicilio</b> Calle			No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal		
Delegación o municipio			Población o ciudad		Estado		País		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01			Tel. oficina (con clave de ciudad) 01			Tel. celular (con clave de ciudad) 044			
Datos del asegurado									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social							<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario		
R.F.C.					C.U.R.P.				
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día    Mes    Año				Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)					

Correo electrónico		Ocupación o profesión (personas físicas)		Actividad o giro (personas morales)	
<b>Para personas morales</b> Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)			Folio mercantil (personas morales)		
Identificación		Emisor de la identificación		Número de la identificación	
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado	País
Tel. particular (con clave de ciudad) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044	
<b>Datos de la embarcación</b>					
Uso de la embarcación <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Turístico		Bandera de la embarcación (País) <input type="checkbox"/> México <input type="checkbox"/> Otro _____		Tipo de embarcación <input type="checkbox"/> Velero <input type="checkbox"/> Yate <input type="checkbox"/> Lancha rápida <input type="checkbox"/> Otro _____	
Nombre de la embarcación			Material de construcción		
Año de construcción			Año de reconstrucción		
Marca			Modelo		
No. de pasajeros		No. de Tripulantes		No. Esquiadores / Surfistas / Usuarios de motos acuáticas	
Puerto base			Zona de navegación		
<b>Dimensiones</b>					
<input type="checkbox"/> Metros <input type="checkbox"/> Pies		Eslora	Manga	Puntal	
Monto de siniestros (último año)					
¿La Embarcación cuenta con sistema de extintores integrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Motores</b>					
<b>Motor 1</b>					
<input type="checkbox"/> Dentro de borda <input type="checkbox"/> Fuera de borda		Marca	Modelo	Año	Caballos de fuerza
Valor del motor	Auxiliar <input type="checkbox"/>	Tipo de combustible	País de fabricación	Tipo de Tier	
<b>Motor 2</b>					
<input type="checkbox"/> Dentro de borda <input type="checkbox"/> Fuera de borda		Marca	Modelo	Año	Caballos de fuerza
Valor del motor	Auxiliar <input type="checkbox"/>	Tipo de combustible	País de fabricación	Tipo de Tier	
<b>Motor 3</b>					
<input type="checkbox"/> Dentro de borda <input type="checkbox"/> Fuera de borda		Marca	Modelo	Año	Caballos de fuerza
Valor del motor	Auxiliar <input type="checkbox"/>	Tipo de combustible	País de fabricación	Tipo de Tier	

Coberturas					
Cobertura básica					
<input type="checkbox"/>	Casco	Pérdida Total Real o Implícita, Echazón, Piratería, Robo Total, Gastos de Salvamento, Remolque o Auxilio y Gastos de Remoción de Restos del Naufragio (sólo Embarcaciones residentes).	Suma asegurada	\$ _____	
Elija el porcentaje de deducible: <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 5%   Elija el porcentaje de Coaseguro: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 15%					
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil y Abordaje	(PandI) Embarcaciones Residentes y Turistas	Suma asegurada	\$ _____	
Elija el porcentaje de deducible que aplica con mínimo de USD \$500: <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 5%					
Coberturas opcionales					
Sólo si se contrató la cobertura básica de Casco					
<input type="checkbox"/>	Avería Particular.				
<input type="checkbox"/>	Arrastre de la embarcación por tierra.		Suma asegurada \$	_____	
	Datos del Remolque				
	Serie _____	Marca _____			
	Modelo _____	Año de construcción _____			
<input type="checkbox"/>	Huelgas y Alborotos Populares.				
<input type="checkbox"/>	Daños o pérdidas a efectos personales y deportivos.			Suma asegurada	\$ _____
<input type="checkbox"/>	Daños a equipo electrónico de comunicación, navegación u otros accesorios electrónicos adaptados temporalmente en la Embarcación.			Suma asegurada	\$ _____
<input type="checkbox"/>	Daños a equipo electrónico de comunicación, navegación u otros accesorios electrónicos adaptados permanentemente en la Embarcación.			Suma asegurada	\$ _____
<input type="checkbox"/>	Gastos Médicos y Accidentes Corporales a ocupantes (excepto para Embarcaciones con uso Turístico).			Suma asegurada	\$ _____
<input type="checkbox"/>	Gastos Médicos y Accidentes Corporales a Esquiadores, Surfistas y Usuarios de motos acuáticas.			Suma asegurada	\$ _____
<input type="checkbox"/>	Abordaje (en caso que la única cobertura básica contratada sea Casco). Sólo en caso que no haya contratado la cobertura de Responsabilidad Civil, elija el porcentaje de deducible que aplica con mínimo de USD \$500: <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 5%				
Sólo si se contrató la cobertura básica de Responsabilidad Civil				Suma asegurada	
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil en que incurran los Esquiadores, Surfistas y Usuarios de motos acuáticas.			\$ _____	
Bienes cubiertos bajo convenio expreso					
<input type="checkbox"/>	Embarcaciones Auxiliares				
	Tipo de embarcación	Marca	Modelo	Valor real de la embarcación	
1					
2					
3					
4					
5					

Datos del agente				
	No. de agente	Nombre del agente	% de producción	% de participación
<b>Agente 1</b>			%	%
<b>Agente 2</b>			%	%

**Observaciones**

**Notas importantes**

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.

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 CNSF-S0048-0512-2014 de fecha 24 de febrero de 2015.

**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.**

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las Condiciones Generales me sean entregadas en formato digital o electrónico a la cuenta de correo proporcionada (email), las cuales también podré descargar de la página electrónica de la Compañía (axa.mx).  Sí  No

En caso de que usted no autorice la entrega digital, favor de anular ambas casillas y el formato impreso se le entregará a través de su Agente o directamente en las oficinas de la Compañía junto con su Póliza.

**Certificación del agente o conducto de venta:** declaro haber explicado ampliamente al solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptados los riesgos por la Compañía.

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**

Datos del tarjetahabiente nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Relación con el contratante
---	-----------------------------

Los 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. Plástico (Crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1°					
2°					
3°					

\*Cargo a: **D** = Tarjeta Débito, **C** = Tarjeta Crédito, **Ch** = Cuenta de Cheques

**Cargo automático (continuación)**

Por medio de la presente autorizo a la **Compañía** 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 las primas correspondientes a la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional, 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. 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 la **Compañía** 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 tarjetahabiente	Firma del agente	Lugar y fecha

**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:

Nombre y porcentaje de participación

**Datos personales**

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 del contrato del seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en 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 este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. En caso que durante la vigencia de su contrato haya existido una modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente. Usted sabe y entiende que podrá ser contactado por AXA Seguros, S.A. de C.V., para fines del seguimiento del seguro.

Nombre del contratante o representante legal	Firma del contratante o representante legal

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros. "En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma". Sí  No

Nombre del contratante o representante legal	Firma del contratante o representante legal

**Datos personales (continuación)**

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.

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](http://axa.mx), en la sección Aviso de Privacidad. Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA, por favor marque la casilla siguiente:

**Documentación:**

Si la prima total es igual o mayor al equivalente en moneda nacional a 10,000 dólares, favor de anexar:

- a) Personas físicas: identificación oficial, comprobante de domicilio y constancia de CURP y/o RFC, comprobante de inscripción para la FIEL; y en caso de ser de origen extranjero su pasaporte y/o documento que acredite su legal estancia en el país.
- b) Personas morales: Acta constitutiva, cédula de identificación fiscal, comprobante de domicilio, comprobante de inscripción para la FIEL y los poderes del representante o representantes legales, así como la identificación oficial de éstos.

Firma del contratante / solicitante	Firma del agente	Lugar y fecha

Contratante y/o asegurado adicional 1									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social								<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario	
R.F.C.				C.U.R.P.					
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año				Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)					
Correo electrónico			Ocupación o profesión (personas físicas)			Actividad o giro (personas morales)			
<b>Para personas morales</b> Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil (personas morales)				
Identificación			Emisor de la identificación			Número de la identificación			
<b>Domicilio</b> Calle			No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal		
Delegación o municipio			Población o ciudad		Estado		País		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01			Tel. oficina (con clave de ciudad) 01			Tel. celular (con clave de ciudad) 044			
Contratante y/o asegurado adicional 2									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social								<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario	
R.F.C.				C.U.R.P.					
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año				Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)					
Correo electrónico			Ocupación o profesión (personas físicas)			Actividad o giro (personas morales)			
<b>Para personas morales</b> Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil (personas morales)				
Identificación			Emisor de la identificación			Número de la identificación			
<b>Domicilio</b> Calle			No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal		
Delegación o municipio			Población o ciudad		Estado		País		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01			Tel. oficina (con clave de ciudad) 01			Tel. celular (con clave de ciudad) 044			

**Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (Embarcaciones Auxiliares)**

Número de embarcación \_\_\_\_\_

	<b>Tipo de embarcación</b>	<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>	<b>Valor real de la embarcación</b>
1				
2				
3				
4				
5				

**Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (Embarcaciones Auxiliares)**

Número de embarcación \_\_\_\_\_

	<b>Tipo de embarcación</b>	<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>	<b>Valor real de la embarcación</b>
1				
2				
3				
4				
5				

**Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (Embarcaciones Auxiliares)**

Número de embarcación \_\_\_\_\_

	<b>Tipo de embarcación</b>	<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>	<b>Valor real de la embarcación</b>
1				
2				
3				
4				
5				

**Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (Embarcaciones Auxiliares)**

Número de embarcación \_\_\_\_\_

	<b>Tipo de embarcación</b>	<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>	<b>Valor real de la embarcación</b>
1				
2				
3				
4				
5				