

Información de la póliza										
<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario							Folio/instancia			
<b>Póliza</b> <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación		<b>No. póliza anterior</b>		<b>Moneda</b> <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares						
<b>Frecuencia 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										
R.F.C.					C.U.R.P.					
Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad		Lugar de nacimiento(ciudad, estado y país)		
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física		Ocupación o profesión					Correo electrónico			
Firma Electrónica Avanzada (FIEL)										
<b>Domicilio</b> 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) 044			
Llenar estos datos en caso de ser extranjero										
<b>Domicilio en el país de origen</b> Calle					No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal	
Población o ciudad			Estado				País			
Datos del asegurado (llenar sólo en caso de ser diferente al contratante)										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno										
R.F.C.					C.U.R.P.					
Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad		Lugar de nacimiento(ciudad, estado y país)		
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física		Ocupación o profesión					Correo electrónico			
Firma Electrónica Avanzada (FIEL)										
<b>Domicilio</b> 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) 044			

Llenar estos datos en caso de ser extranjero					
<b>Domicilio en el país de origen</b>		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Calle					
Población o ciudad	Estado	País			
<b>Coberturas y sumas aseguradas</b>					
Responsabilidad Civil					
Responsabilidad Civil en Exceso (cobertura básica)					
Suma asegurada <sup>1</sup> \$ _____					
Pólizas primarias <sup>2</sup>					
Póliza	Ubicación <sup>3</sup>	No. de póliza	Límite primario <sup>4</sup>		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
Cobertura accesoria					
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Inmuebles en Renta <sup>5</sup>					
En caso de contratar la cobertura de Responsabilidad Civil por Inmuebles en Renta, se debe proporcionar la dirección de los inmuebles de los cuales se amparará la responsabilidad civil. En caso de ser más de 5, anexar relación completa con el mismo formato.					
No.	Dirección del inmueble (calle, no. exterior, no. interior, colonia, código postal, delegación o municipio, población o ciudad, estado)				
1	_____				
2	_____				
3	_____				
4	_____				
5	_____				
<b>Notas</b>					
<sup>1</sup> Opera como límite único y combinado. En el caso de la cobertura básica interviene en exceso de todas las pólizas primarias aseguradas en la póliza.					
<sup>2</sup> En caso de ser más de tres pólizas primarias, anexar relación completa con este mismo formato.					
<sup>3</sup> Este dato sólo se debe proporcionar para pólizas primarias de Hogar.					
<sup>4</sup> En el caso de pólizas primarias de Hogar, este límite se debe declarar por cada inmueble que desee asegurar.					
<sup>5</sup> La suma asegurada para esta cobertura es un sublímite igual a 20% de la suma asegurada contratada en la cobertura básica.					
<b>Renovación automática</b>					
Estoy de acuerdo que AXA Seguros S.A. de C.V. denominada en lo sucesivo la Compañía renovará anualmente la póliza de seguro, aplicando el ajuste de prima correspondiente, en forma automática a fin de no quedar desprotegido. Sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a la Compañía por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.					
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.		d) Cualquier otra causa establecida en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta corriente de mi(s) tarjeta(s) o por causas imputables al suscrito.			
b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Compañía.		e) Cancelación de póliza.			
c) Por rechazo bancario.					

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

**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? Sí  No   
 Especifique:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación
--	---	--------------------------------------

**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) 044
---	--	---

**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.

Firma del contratante (sólo si es diferente al solicitante)	Firma del solicitante titular	Firma del agente	Lugar y fecha

**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 verdaderas 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.

**Como contratante o solicitante hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá la Compañía y expresamente declaro mi conformidad con ellas.**

**Notas importantes (continuación)**

**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 de Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines de los contratos 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 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 Institución 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:** 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.

En caso de que mi solicitud sea aceptada autorizo a AXA para que las Condiciones Generales me sean entregadas en formato digital o electrónico, sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA, o bien a través del portal axa.mx.

**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(los) registro (s) número CGEN-S0048-0232-2013 de fecha 20 de noviembre de 2013.**

**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)

<b>Datos del tarjetahabiente</b> (sólo en caso de ser diferente al contratante) (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	<b>Relación con el contratante</b>
---	------------------------------------

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

<b>Banco</b>	<b>Cargo*</b>	<b>No. de clabe</b> (débito o cuenta de cheques)	<b>No. de plástico</b> (crédito o sólo débito Banamex)	<b>Miembro desde</b> (año)	<b>Vencimiento</b> (mes/año)
1°					

**Día de cargo**      Día      \*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.**

<b>Firma del contratante / solicitante</b>	<b>Firma del agente</b>	<b>Lugar y fecha</b>

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados 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(los) registro(s) número S0048-0595-2013 de fecha 7 de noviembre del 2013.**