



SOLICITUD DE SEGUROS / AUTOMÓVILES

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA											
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación		No. de Póliza Anterior		Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		Fecha de Solicitud Día Mes Año					
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual*					<input type="checkbox"/> *Sólo cargo automático					Conducto de Pago <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático	
Vigencia Desde las 12 hrs.			Día Mes Año		Hasta las 12 hrs.					Día Mes Año	

CONTRATANTE									
Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social									
RFC			Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento / Constitución de la Empresa		Día Mes Año		Edad	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión Libre		
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad						Correo Electrónico			
Domicilio							Calle	No. Exterior	No. Interior
Colonias							Delegación o Municipio		
Población o Ciudad		Estado		Código Postal	Tel. particular	Tel. oficina	Tel. celular		
Deseo recibir información actualizada sobre mi producto u otras promociones por correo electrónico o alertas en mi celular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

CONDUCTORES ADICIONALES NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, EDAD									
Nombre						Fecha de Nacimiento		Sexo	
						Día Mes Año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
								<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
								<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
								<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
								<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
								<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

PAGO PREFERENTE NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO O RAZÓN SOCIAL									

DATOS DEL AGENTE (ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA)						
No. de Agente	Nombre del Agente	Comisión	No. Promotor	C. de Contribución	Producción	
Agente 1		%			%	
Agente 2		%			%	

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO									
<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Camión		Modelo		Clave AMIS		Marca		Tipo	
No. de Puertas	No. de Cilindros	Transmisión <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Automático		Eléctrico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Equipado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Aire Acondicionado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
								Uso <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Particular	Servicio <input checked="" type="checkbox"/> Particular
Indicar en No. de Serie, Número de Motor y Placas con L (letra) o N (número en el cuadro inferior como se muestra en el ejemplo)									
Ejemplo: Número de Serie					Número de Motor				
5 5 8 B									
N L N L									
Número de Placas			Estado de expedición de placas		Clase <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/> Clásico <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Fronterizo <input type="checkbox"/> Regularizado			Número de Ocupantes	
Tipo Valor <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Convenido * \$ _____ * (Aplica para vehículos último modelo con factura hasta 3 meses de expedición. El valor solicitado debe incluir IVA)									
Porcentaje (Elegido sobre el valor comercial) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 110% (No aplica en unidades de último modelo)					Blindaje (se requiere factura) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tipo de Carga: A. Mercancías con reducido grado de peligrosidad en su transporte, tales como: Ropa / Confección / Calzado / Alimentos / Agua.									
Especificar: _____									

PAQUETE DE COBERTURAS

Plus (sujeto a políticas de suscripción) Amplia Esencial Básica **Deducible** Fijo Variable (sólo Plus)

OTRA COMBINACIÓN DE COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

	Suma Asegurada	Deducible		Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil		DSMGVDF*	<input type="checkbox"/> Daños Materiales	%
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia		* Días de Salario	<input type="checkbox"/> Robo Total	%
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos		Mínimo General	<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Vuelcos	
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor		Vigente en el	<input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible y Devolución de Primas (Autos y Camiones hasta 3.5 ton y hasta 10 años de antigüedad)	
<input type="checkbox"/> Defensa Legal Vehicular		Distrito Federal.	<input type="checkbox"/> Extensión RC (Autos y Camiones hasta 3.5 ton y hasta 15 años de antigüedad)	
<input type="checkbox"/> Equipo Especial				
<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones				
<input type="checkbox"/> Auto Sustituto (Autos hasta 5 años de Antigüedad)				

EQUIPO ESPECIAL, ADAPTACIONES Y/O CONVERSIONES (especificar descripción del Equipo, 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

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

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:** He inspeccionado el vehículo y me consta que no tiene daños preexistentes a esta solicitud. Asimismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos y los he corroborado.

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.

Renovación Automática (únicamente para Automóviles y Camiones Residentes) Cliente Excelente

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. Clabe (Débito o Cuenta de Cheques)	No. de 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.

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 y/o Master Card, 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 y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el(los) cargo(s) en el Estado de Cuenta Bancario notificaré a la Aseguradora.

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 Aseguradora, **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 de Títulos y Operaciones de Crédito.

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE	FIRMA DEL AGENTE	LUGAR Y FECHA

Folio Pegaso (1)	<p>Art. 140. (LGISMS) 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo: Describa el puesto Tiempo o periodo Parentesco o vínculo</p> <p>¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:</p> <p>¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre y porcentaje de participación:</p> <p>Si el contratante es persona moral o persona física con representante legal o la prima es igual o mayor a 10,000 dólares, favor de llenar formato único clave GA-082. Firma</p>	Folio Pegaso (2)
------------------	---	------------------