

Datos del contratante (Titular de la póliza)										
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
R.F.C.					C.U.R.P.					
Edad		Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera			Domicilio Calle					
No. exterior		No. interior			Colonia			Delegación o municipio		Código postal
Población o ciudad				Estado			Correo electrónico			
Tel. particular (con clave de ciudad) 01			Tel. oficina (con clave de ciudad) 01			Tel. celular (con clave de ciudad) 044				
Datos de la póliza										
<input type="checkbox"/> Póliza nueva <input type="checkbox"/> Renovación de póliza No. _____			Vigencia Desde _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Hasta _____ Día _____ Mes _____ Año _____							
Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual					Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		Tipo de pago <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cargo automático			
Datos del asegurado (Titular de la ubicación)										
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral					Tipo de contratante <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
R.F.C.					C.U.R.P.					
Edad		Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera			Correo electrónico					
Tel. particular (con clave de ciudad) 01			Tel. oficina (con clave de ciudad) 01			Tel. celular (con clave de ciudad) 044				
Y/o Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral					R.F.C.					
Datos de la ubicación a asegurar										
Domicilio Calle										
No. exterior		No. interior			Colonia			Delegación o municipio		
Población o ciudad				Estado			Código postal			
Ubicación situada a menos de: <input type="checkbox"/> 500 metros de la línea de rompimiento de las olas en marea alta <input type="checkbox"/> 250 metros de la rivera del lago o laguna										
¿Se perciben rentas por el inmueble asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Tipo de alarma <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Ninguna					

Tipo de construcción: muros No. de niveles (planta baja + pisos altos): _____
 Tabique, block, ladrillo, piedra, mampostería Concreto armado Otros: _____

Tipo de construcción: techos y entrepisos
 Concreto armado Vigueta y bovedilla Losas aligeradas de concreto
 Lámina galvanizada, de asbesto, teja de barro Madera Otros: _____

Uso: Habitación Descanso **Régimen de vivienda:** Sola Condominio horizontal Condominio vertical

Tipo de Vivienda Lujo Alto Medio Económico
 Determinación del valor de la construcción con base en los m2 de construcción
 _____ x _____ = _____
 m² de construcción Valor por m² Valor total del inmueble

Beneficiario preferente

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social **Tipo de persona**
 Física Moral

Bienes

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social **Tipo de persona**
 Física Moral

Bienes

Modalidades de contratación

Suma asegurada base \$ _____ % Ajuste automático _____
 Suma asegurada por cobertura

Sección/ coberturas	% sobre Suma Asegurada Base		A			
	Propietario	Arrendatario	<input type="checkbox"/> Total Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Óptimo Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Medio Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Básico Suma Asegurada

Daños Materiales

Incendio Edificio	100%		\$	\$	\$	\$
Incendio Contenidos	50%	100%	\$	\$	\$	\$
Pérdidas Consecuenciales _____ meses ¹	15%	15%	\$	\$	\$	\$
Remoción de Escombros	10%	10%	\$	\$	\$	\$
Rotura de Cristales	5%	5%	\$	\$	\$	\$
Responsabilidad Civil Privada y Familiar	100%	100%	\$	\$	\$	\$
Pérdida de Ingresos			\$60,000	\$	\$60,000	\$

Robo

Robo de Contenidos ²	20%	2%	\$	\$		
Robo Fuera del Domicilio ³	2%	2%	\$	\$		
Dinero y Valores ⁴	2%	2%	\$	\$		

DV - 301 • ABRIL 2017

Coberturas Opcionales para la sección de Daños Materiales, aplica para todos los paquetes.

	Edificio	Contenidos
Terremoto y/o Erupción Volcánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenómenos Hidrometeorológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas: ¹ Automáticamente se ampara un periodo de seis meses, se puede ampliar a nueve o doce meses.
² La Suma Asegurada de la Cobertura de Robo de Contenidos no deberá ser mayor a la Cobertura de Incendio Contenidos.
³ La Suma Asegurada de la Cobertura de Robo Fuera del Domicilio no deberá exceder el equivalente a 500 UMA (Valor diario de la Unidad de Medida y Actualización).
⁴ La Suma Asegurada de la Cobertura de Dinero y Valores no deberá exceder el equivalente a 1,000 UMA (Valor diario de la Unidad de Medida y Actualización).

Beneficiario para la cobertura de Pérdida de Ingresos

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	Parentesco	% de Participación 100%

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos, u otros cargos similares, y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien, en todo caso, sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre y firma del Asegurado titular de la ubicación
Bienes opcionales
Declaración de valores para la Cobertura de Fenómenos Hidrometeorológicos:

	Suma asegurada
1. Edificios terminados que carezcan total o parcialmente de techos, muros, puertas o ventanas, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o construidos para operar bajo estas circunstancias, de acuerdo con los reglamentos de construcción de la zona, vigentes a la fecha de la construcción.	\$ _____
2. Maquinaria, equipo fijo y/o las instalaciones que se encuentren total o parcialmente al aire libre, o que se encuentren dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros, siempre y cuando hayan sido diseñados específicamente para operar en estas condiciones y estén debidamente anclados.	\$ _____
3. Bienes fijos, distintos a maquinaria que, por su propia naturaleza, estén a la intemperie, entendiéndose como tales aquellos que se encuentren fuera de edificios o dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros.	\$ _____
4. Bienes muebles o la porción del inmueble en sótanos o semisótanos considerándose como tales: cualquier recinto donde la totalidad de sus muros perimetrales se encuentren total o parcialmente bajo el nivel natural del terreno.	\$ _____
Total	\$ _____

Relación de bienes (Obligatoria)

Bienes cuyo valor por unidad o juego sea mayor, igual o equivalente a 2,000 UMA (Valor diario de la Unidad de Medida y Actualización) que se puedan considerar dentro de los siguientes conceptos:

	Valores totales	Unidades	Descripción
Artículos artísticos			
Artículos deportivos			
Artículos de cómputo			
Antigüedades o artículos de difícil o imposible reposición			
Joyas			
Relojes			
Colecciones			
Objetos de arte			

Relación de bienes (Obligatoria) (continuación)

	Valores totales	Unidades	Descripción
Artículos fotográficos o de video			
Total de Bienes			

La indemnización quedará sujeta a esta relación; en caso de no contar con ella al momento de la reclamación, los bienes con valores superiores a 2,000 UMA (Valor diario de la Unidad de Medida y Actualización) se indemnizarán hasta este límite (consultar condiciones), aun cuando se demuestre su valor.

Si el monto total de bienes relacionados es mayor a la suma asegurada de las coberturas correspondientes, la Compañía responderá hasta la suma asegurada contratada para dichas coberturas.

Renovación automática

Estoy de acuerdo en que la Compañía renovará año con año, en forma automática, por periodos de un año, la póliza de seguro 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 **AXA Seguros, S.A de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

- | | |
|--|--|
| a) Cancelación del instrumento bancario no notificado a la Compañía. | 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 1	Nombre	% de Participación	% de Producción
No. de Agente 2	Nombre	% de Participación	% de Producción

Observaciones

Notas importantes

Se previene al contratante y al solicitante que conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de 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, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas, están completas y convengo 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. Hago constar que me he enterado de las Condiciones Generales de la Póliza que en su caso extenderá AXA Seguros, S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Para detalles de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en 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.

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines de este contrato de seguro. Adicional, en caso de seleccionar la casilla siguiente se entenderá que usted otorga su consentimiento para recibir de AXA Seguros, S.A. de C.V. información con fines de publicidad.

Unidad Especializada de Atención a Quejas: ubicada en la dirección indicada al pie de página Tel. 01 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México: 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas o escribanos a: axasoluciones@axa.com.mx

Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México, C.P 03100, Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx.

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 aceptado el riesgo por la Compañía.

Firma del contratante / solicitante	Firma del agente	Lugar y fecha

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 3 de diciembre de 2010, con el número PPAQ-S0048-0059-2010/CONDUSEF-001608-01.

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
---	-----------------------------

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios, que a continuación señalo, en el orden que se establece. En el caso de DxN* ingresar sólo los datos de una Cuenta.

Banco	Cargo*	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, **DxN*** = Descuento por Nómina

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 con el 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 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 notificado 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

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, funcionario o miembro de partidos políticos. Sí No

Folio Pegaso

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
--	--------------------------------------

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