

No. de siniestro	Fecha reporte	Día	Mes	Año	Fecha Atención	Día	Mes	Año	Folio	
Datos de la póliza										
No. de póliza	No. de inciso				Fecha de siniestro					
Datos del asegurado										
Nombre del asegurado										
Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Nacionalidad	Ocupación o profesión			Actividad o giro del negocio	
R.F.C.				C.U.R.P.						
Domicilio Calle								No. exterior	No. interior	
Colonia			Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado	
Proporcionar de manera adicional estos datos en caso de ser extranjero										
Domicilio en su país de origen				No.	Colonia			Código postal	Delegación o municipio	
Calle			Ciudad		Estado	País	Teléfono			
Datos del conductor										
Nombre del conductor										
Licencia y/o identificación		Vigencia de la licencia						Lugar de expedición		Tipo
		Inicio	Día	Mes	Año	Término	Día	Mes	Año	Uso Federal <input type="checkbox"/>
										Uso Estatal <input type="checkbox"/>
Datos del vehículo										
Marca		Placas		No. de Serie				Inventario		
Tipo		Color						Económico		
								Folio		
Datos del ajustador										
Nombre del ajustador								Firma del ajustador		
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.										
Observaciones								Firma del asegurado y/o conductor		
Calca asegurado motor/serie										

Croquis del accidente

Indique el norte

Lugar de ocurrido	Lugar de atención	Hora	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
-------------------	-------------------	------	--

¿Cómo ocurrió el accidente? _____

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos asentados en esta declaración son fieles y que no ha sido violado ninguno de los términos, condiciones o estipulaciones de la póliza. Estoy dispuesto a facilitar todos los informes y ayuda que se me requiera con relación a este accidente y turnar cualquier notificación o reclamación que reciba de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. Si la póliza no estuviere en vigor o la reclamación se detecte fraudulenta, reembolsaré a AXA Seguros, S.A. de C.V. Todos los gastos o pagos que haya efectuado y resolveré por cuenta propia todas las reclamaciones de terceros que existan en relación con este accidente. Me comprometo a no aceptar responsabilidad alguna sin la autorización por escrito de AXA Seguros, S.A. de C.V. Autorizo a que mi vehículo sea trasladado a los talleres propuestos por AXA Seguros, S.A. de C.V. ya sea para reparación o valuación del daño en caso de seguros indemnizatorios.

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.

_____ a _____ de _____ del _____

Firma del asegurado y/o conductor

No. de siniestro	Fecha reporte	Día	Mes	Año	Fecha Atención	Día	Mes	Año	Folio					
Datos de la póliza														
No. de póliza	No. de inciso				Fecha de siniestro					Día	Mes	Año		
Datos del asegurado														
Nombre del asegurado														
Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Nacionalidad		Ocupación o profesión			Actividad o giro del negocio				
R.F.C.				C.U.R.P.										
Domicilio Calle								No. exterior		No. interior				
Colonia			Código postal		Delegación o municipio			Población o ciudad		Estado				
Proporcionar de manera adicional estos datos en caso de ser extranjero														
Domicilio en su país de origen				No.		Colonia			Código postal		Delegación o municipio			
Calle														
Ciudad			Estado			País			Teléfono					
Datos del conductor														
Nombre del conductor														
Licencia y/o identificación		Vigencia de la licencia						Lugar de expedición		Tipo	Uso			
		Inicio		Día	Mes	Año	Término		Día	Mes	Año		Federal <input type="checkbox"/>	Estatad <input type="checkbox"/>
Datos del vehículo														
Marca		Placas		No. de Serie				Inventario						
Tipo		Color						Económico						
								Folio						
Datos del ajustador														
Nombre del ajustador								Firma del ajustador						
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.														
Observaciones								Firma del asegurado y/o conductor						
Calca asegurado motor/serie														

Croquis del accidente

Indique el norte

Lugar de ocurrido	Lugar de atención	Hora	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
-------------------	-------------------	------	--

¿Cómo ocurrió el accidente?

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos asentados en esta declaración son fieles y que no ha sido violado ninguno de los términos, condiciones o estipulaciones de la póliza. Estoy dispuesto a facilitar todos los informes y ayuda que se me requiera con relación a este accidente y turnar cualquier notificación o reclamación que reciba de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. Si la póliza no estuviere en vigor o la reclamación se detecte fraudulenta, reembolsaré a AXA Seguros, S.A. de C.V. Todos los gastos o pagos que haya efectuado y resolveré por cuenta propia todas las reclamaciones de terceros que existan en relación con este accidente. Me comprometo a no aceptar responsabilidad alguna sin la autorización por escrito de AXA Seguros, S.A. de C.V. Autorizo a que mi vehículo sea trasladado a los talleres propuestos por AXA Seguros, S.A. de C.V. ya sea para reparación o valuación del daño en caso de seguros indemnizatorios.

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.

_____ a _____ de _____ del _____
Firma del asegurado y/o conductor

No. de siniestro	Fecha reporte	Día	Mes	Año	Fecha Atención	Día	Mes	Año	Folio
Datos de la póliza									
No. de póliza	No. de inciso				Fecha de siniestro				
Datos del asegurado									
Nombre del asegurado									
Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Nacionalidad		Ocupación o profesión		Actividad o giro del negocio
R.F.C.				C.U.R.P.					
Domicilio Calle								No. exterior	No. interior
Colonia			Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado
Proporcionar de manera adicional estos datos en caso de ser extranjero									
Domicilio en su país de origen				No.	Colonia			Código postal	Delegación o municipio
Calle			Ciudad		Estado		País		Teléfono
Datos del conductor									
Nombre del conductor									
Licencia y/o identificación		Vigencia de la licencia				Lugar de expedición		Tipo	Uso
		Inicio	Día	Mes	Año	Término	Día	Mes	Año
								Federal <input type="checkbox"/>	Estatad <input type="checkbox"/>
Datos del vehículo									
Marca		Placas		No. de Serie				Inventario	
Tipo		Color						Económico	
								Folio	
Datos del ajustador									
Nombre del ajustador							Firma del ajustador		
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.									
Observaciones								Firma del asegurado y/o conductor	
Calca asegurado motor/serie									

Croquis del accidente

Indique el norte

Lugar de ocurrido	Lugar de atención	Hora	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
-------------------	-------------------	------	--

¿Cómo ocurrió el accidente? _____

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos asentados en esta declaración son fieles y que no ha sido violado ninguno de los términos, condiciones o estipulaciones de la póliza. Estoy dispuesto a facilitar todos los informes y ayuda que se me requiera con relación a este accidente y turnar cualquier notificación o reclamación que reciba de inmediato a AXA Seguros, S.A. de C.V. Si la póliza no estuviere en vigor o la reclamación se detecte fraudulenta, reembolsaré a AXA Seguros, S.A. de C.V. Todos los gastos o pagos que haya efectuado y resolveré por cuenta propia todas las reclamaciones de terceros que existan en relación con este accidente. Me comprometo a no aceptar responsabilidad alguna sin la autorización por escrito de AXA Seguros, S.A. de C.V. Autorizo a que mi vehículo sea trasladado a los talleres propuestos por AXA Seguros, S.A. de C.V. ya sea para reparación o valuación del daño en caso de seguros indemnizatorios.

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.

_____ a _____ de _____ del _____

Firma del asegurado y/o conductor