



Instrucciones

1. El solicitante deberá llenar esta solicitud con tinta negra y letra de molde.
2. No será válida si presenta tachaduras, falta algún dato o documento.

Por medio de la presente solicito a AXA Seguros, S.A. de C.V. me otorgue acceso al sistema electrónico de información, consulta y operaciones financieras colocado en Internet. Declaro asumir la responsabilidad sobre los accesos y el uso de las claves de acceso al sistema que me otorgue la compañía, las cuales, son personales, confidenciales e intransferibles, por lo que en caso de cualquier violación de seguridad, uso no autorizado, robo o extravío de dichas claves, será mi responsabilidad notificar inmediatamente a la compañía a través del medio que para ello defina la misma. Esto conforme al contrato en el cual la compañía se obliga a prestar el servicio de consulta y operaciones financieras a través de Internet derivado de la contratación de la póliza.

Información de la póliza

No. de póliza	Fecha de la solicitud	Día	Mes	Año

Datos del contratante

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

Correo electrónico

Tel. particular (con clave de ciudad)	Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)
01	01	

Datos del agente (aspectos internos de la compañía)

No. agente	Nombre del agente

Datos bancarios

Indique la CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) de una cuenta de cheques o débito a nombre del contratante para realizar movimientos entre sus fondos y esta cuenta. Junto con esta solicitud anexe copia del estado de cuenta de la misma.

Autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. para que efectúe cargos a mi cuenta, por el importe de las primas y/o aportaciones correspondientes al seguro contratado. En este caso fungirá como recibo de pago el estado de cuenta correspondiente a la clabe proporcionada en esta solicitud, el cual será prueba plena del pago de primas y /o aportaciones. En caso de que el contratante desee revocar la presente solicitud, será necesario presentarlo por escrito en las oficinas de AXA ubicadas en Insurgentes Sur 3900, Tlalpan, 14000 México D.F. en el área de Servicio a Asegurados, con treinta días de anticipación a la fecha en que desee que surta efectos.

Nombre del banco _____

CLABE:

B	B	B	P	P	P	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	V
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Av. 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 de 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 Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Firma del contratante (tarjetahabiente)

Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx

VI - 291 • 6:5:7? BRE 2015

