

HOGAR INTEGRAL

Seguro que brinda protección al hogar del asegurado. Ampara desde las construcciones y pertenencias, hasta los integrantes de la familia dentro y fuera del hogar. Ofrecemos coberturas pensadas para propietarios, inquilinos y arrendatarios.

Beneficios

- En Responsabilidad civil cubrimos accidentes a la familia hasta 5% de la suma asegurada (máximo 2,000 UMAS*).
- En caso de siniestro en el edificio del asegurado, ofrecemos una indemnización adicional de 10% sobre la suma asegurada contratada.
- Todos los cristales están cubiertos, sin importar el grosor o medida, e incluimos el costo de instalación y remoción del cristal.
- Protegemos los daños que por accidente cause la familia asegurada, sus trabajadores domésticos y mascotas.
- Con Rentas cortas, protegemos a los arrendatarios por los servicios prestados al inquilino, así como los bienes de éste en caso de contar con las coberturas de Robo de contenidos y Robo fuera de la vivienda.

*UMA: Valor diario de la Unidad de Medida y Actualización



Asistencias

Ampliamos los beneficios con diferentes servicios de asistencia.



Asistencia técnica en el hogar

Envío a domicilio de especialistas en plomería, cerrajería, albañilería y vidriería.



Asesoría legal y servicios funerarios

Asesoría legal en caso de la muerte de uno de los habitantes permanentes en la vivienda y servicios funerarios por hasta 250 UMAS, limitado a un evento al año.



Orientación médica telefónica

Orientación médica telefónica gratuita las 24 horas, así como referencia de médicos especialistas y precios preferenciales en consultas a domicilio.



Ambulancia

Servicio de traslados en ambulancia terrestre o aérea.



Equipo de cómputo

Soporte técnico informático.



Asistencia en viajes nacionales y en el extranjero

Boleto de transporte, viaje redondo por fallecimiento del beneficiario.



Mascotas del hogar

Asistencia telefónica para referencias veterinarias y precios preferenciales (solo perros y gatos).

Coberturas básicas

Elige el paquete que más se adapte a las necesidades de tu asegurado.

- **Daños materiales**

Protege tanto el hogar como sus bienes, incluyendo aparatos electrodomésticos, electrónicos y cristales, contra daños súbitos, accidentes e imprevistos.

- **Responsabilidad Civil**

Cubre los daños que el asegurado, su familia, sus trabajadores domésticos o mascotas causen accidentalmente a terceros y/o a sus bienes.

- **Robo**

Cubre el robo con violencia y/o asalto de cualquier bien de uso doméstico y/o personal dentro o fuera del hogar.

- **Pérdida de ingresos**

Apoyo económico inmediato en caso de fallecimiento o invalidez total o permanente del asegurado.

Coberturas adicionales

- Terremoto o erupciones volcánicas.
- Fenómenos hidrometeorológicos y dentro de esta, la cobertura opcional de Bienes cubiertos mediante convenio expreso.
- Cobertura Ayuda Express Huracán (protección complementaria que respaldará a nuestros asegurados en caso de huracanes categoría 3 o superiores).

Coberturas	Total	Óptimo	Medio	Básico
Daños Materiales Su casa y los bienes contenidos en ésta, como aparatos electrodomésticos, electrónicos y cristales de cualquier grosor están protegidos, en caso de imprevistos como: <ul style="list-style-type: none"> • Incendios. • Explosiones. • Alborotos populares. • Caída de árboles. • Variaciones de voltaje. • Cubre los gastos de limpieza de los bienes afectados por cualquiera de los riesgos antes mencionados. • Cubre los gastos realizados en caso de deshabitar la vivienda por reparación o porque las autoridades le impidan el acceso al asegurado. • Cubre la pérdida de rentas para el arrendador. 	✓	✓	✓	✓
Responsabilidad Civil • Cubre los gastos de los daños que el asegurado, su familia, sus trabajadores domésticos o sus mascotas causen accidentalmente a otras personas y/o a sus bienes. • También cubre los gastos por accidentes que la familia pueda sufrir, dentro y fuera del hogar, así como los que puedan sufrir sus trabajadores domésticos desempeñando sus labores.	✓	✓	✓	✓
Robo • Cubre el robo con violencia y/o asalto dentro de la casa, amparando los bienes de uso doméstico y personal, como también el dinero en efectivo de su propiedad, de su familia o de sus trabajadores domésticos. Si la familia está fuera del hogar, cubre el robo de los objetos de uso doméstico, personal y dinero en efectivo.	✓	✓		
Pérdida de Ingresos • Brinda un apoyo inmediato de \$60,000 pesos en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del titular del seguro.	✓		✓	

Descuentos por colectividad a todas las coberturas, excepto prima por servicios de asistencia.

Para la cobertura de Robo de Contenidos:

Cuenta con	Descuento
Alarma local	7.5%
Alarma central	15%



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

Datos de la empresa			
Nombre de la dependencia / Empresa o agrupador			
Identificador de nómina			
ID de cliente			
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			
RFC			
Clave IMSS/ISSSTE			
Edad	Nacionalidad	Domicilio	
<input type="checkbox"/> Mexicana	<input type="checkbox"/> Extranjera	Calle	
No. exterior	No. interior	Colonia	
Población o ciudad	Estado	Código postal	
Tel. Particular (con clave de ciudad)	Tel. Oficina (con clave de ciudad)	Tel. Celular (con clave de ciudad)	
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		
Datos del Asegurado (Titular de la Ubicación)			
Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			
RFC			
Clave IMSS/ISSSTE			
Edad	Nacionalidad		
<input type="checkbox"/> Mexicana	<input type="checkbox"/> Extranjera		
Tel. Particular (con clave de ciudad)	Tel. Oficina (con clave de ciudad)		
Tel. Celular (con clave de ciudad)			
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	RFC		

DV - 302 • AGOSTO 2019

Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Consentimiento para Seguro Hogar Integral
Descuento por Nómina

No. de solicitud _____ Folio _____

Otorgo mi consentimiento para que descuente de mis _____ (Nombre de la empresa o dependencia) ingresos la cantidad que corresponda al pago de primas del seguro contratado _____ y sea entregada a AXA Seguros, S.A. de C.V. para su aplicación. Asimismo acepto que, en caso de que esta cantidad se modifique por movimientos a la Póliza, el descuento sea actualizado automáticamente con la información que remita la Compañía.
Lugar y fecha _____ RFC o clave del empleado _____
Nombre del Solicitante _____ Firma del Solicitante _____

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

Datos de la ubicación a asegurar				
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado		Código postal
Año de construcción:				
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): _____		
<input type="checkbox"/> Tabique, block, ladrillo, piedra, mampostería		<input type="checkbox"/> Concreto armado	<input type="checkbox"/> Otros: _____	
Tipo de construcción: techos y entrepisos		<input type="checkbox"/> Losas aligeradas de concreto <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Uso: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Descanso	Régimen de vivienda: <input type="checkbox"/> Sola <input type="checkbox"/> Condominio horizontal <input type="checkbox"/> Condominio vertical			
Type de Vivienda <input type="checkbox"/> Lujo <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Económico	Determinación del valor de la construcción con base en los m ² de construcción x _____ = _____ m ² de construcción Valor por m ² Valor total del inmueble			
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, solo 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				
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, deberá 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. b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Compañía. c) Por rechazo 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 suscripto. e) Cancelación de Póliza.			
Datos del agente				
No. de agente 1	Nombre	% de participación	% de producción	
No. de agente 2	Nombre	% de participación	% de producción	
Observaciones				

Compañía **A**

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

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 solo 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. 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México: 55 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 (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.

Beneficiario preferente

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
--	--

Bienes

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
--	--

Bienes

Modalidades de contratación

Tipo de Contratante	<input type="checkbox"/> Propietario	<input type="checkbox"/> Arrendatario*	<input type="checkbox"/> % Ajuste automático _____
Sección/coberturas	% sobre suma asegurada Base	<input type="checkbox"/> Total Suma asegurada \$ _____	<input type="checkbox"/> Óptimo Suma asegurada \$ _____

Medio
Suma asegurada \$ _____

Básico
Suma asegurada \$ _____

Compañía **A**

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

Daños Materiales					
Incendio Edificio	100%	\$	\$	\$	\$
Incendio Contenidos	50%	\$	\$	\$	\$
Pérdidas Consecuenciales	15%	\$	\$	\$	\$
Remoción de Escombros	10%	\$	\$	\$	\$
Rotura de Cristales	5%	\$	\$	\$	\$
Responsabilidad Civil Privada y Familiar	100%	\$	\$	\$	\$
Pérdida de Ingresos		\$60,000	\$	\$60,000	\$
Robo					
Robo de Contenidos ¹	20%	\$	\$		
Robo fuera del Domicilio ²	2%	\$	\$		
Dinero y Valores		\$ 5,000	\$ 5,000		
Coberturas opcionales para la sección de Daños Materiales, aplica para todos los paquetes.					
Edificio y contenidos					
Terremoto y/o Erupción Volcánica		<input type="checkbox"/>			
Fenómenos Hidrometeorológicos		<input type="checkbox"/>			
Notas:	*Cuando se elija esta opción no se podrá otorgar la Cobertura de Incendio Edificio.				
¹ La suma asegurada de la Cobertura de Robo de Contenidos no deberá ser mayor a la Cobertura de Incendio Contenidos.					
² 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).					
Beneficiario para la cobertura de pérdida de ingresos					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				Parentesco	% de participación 100%
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					

DV - 302 • AGOSTO 2019

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx

Compañía A



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

Colecciones			
Objetos de arte			
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.

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 solo los datos de una cuenta.

Banco	Cargo*	CLABE (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1º					
2º					
3º			No ingresar datos		

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



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

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.			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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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			



Solicitud de Seguro Hogar Integral Venta Masiva

Datos de la empresa

Nombre de la dependencia / Empresa o agrupador	No. de empresa
Identificador de nómina	Sucursal (Clave, Unidad Administrativa o Adscripción)
ID de cliente	Departamento

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			
RFC		CURP	
Clave IMSS/ISSSTE		Clave o no. de empleado	
Edad	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Domicilio Calle	
No. exterior	No. interior	Colonia	Alcaldía o municipio
Población o ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico
Tel. Particular (con clave de ciudad)	Tel. Oficina (con clave de ciudad)	Tel. Celular (con clave de ciudad)	

Datos de la Póliza

Mensual Trimestral Semestral

Tipo de persona: Física Moral

Muchas veces se habla de la "personalidad" y de la "personalidad".

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razon social		
RFC	CURP	
Clave IMSS/ISSSTE	Clave o no. de empleado	
Edad	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Correo electrónico
Tel. Particular (con clave de ciudad)	Tel. Oficina (con clave de ciudad)	Tel. Celular (con clave de ciudad)
Tipo de persona	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
	RFC	

Asegurado B

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Consentimiento para Seguro Hogar Integral Descuento por Nómina

No. de solicitud _____ Folio _____

Otorgo mi consentimiento para que descuento de mis _____ ingresos
(Nombre de la Empresa o Dependencia)
la cantidad que corresponda al pago de primas del Seguro Contratado _____ y sea
entregada a AXA Seguros, S.A. de C.V. para su aplicación. Asimismo acepto que, en caso de que esta cantidad se modifique
por movimientos a la Póliza, el descuento sea actualizado automáticamente con la información que remita la Compañía.

Lugar y fecha _____ RFC o Clave del Empleado _____
Nombre del Solicitante _____ Firma del Solicitante _____



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

Datos de la ubicación a asegurar				
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
Alcaldía 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): _____		
<input type="checkbox"/> Tabique, block, ladrillo, piedra, mampostería		<input type="checkbox"/> Concreto armado <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Tipo de construcción: techos y entrepisos <input type="checkbox"/> Concreto armado <input type="checkbox"/> Vigueta y bovedilla <input type="checkbox"/> Losas aligeradas de concreto <input type="checkbox"/> Lámina galvanizada, de asbesto, teja de barro <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Uso: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Descanso	Régimen de vivienda: <input type="checkbox"/> Sola <input type="checkbox"/> Condominio horizontal <input type="checkbox"/> Condominio vertical			
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Lujo <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Económico	Determinación del valor de la construcción con base en los m ² de construcción _____ x _____ = _____ m ² de construcción Valor por m ² Valor total del inmueble			
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, solo 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				
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, deberá 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. b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Compañía. c) Por rechazo 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 suscripto. e) Cancelación de Póliza.			
Datos del agente				
No. de agente 1	Nombre	% de participación	% de producción	
No. de agente 2	Nombre	% de participación	% de producción	
Observaciones				

Asegurado

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

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 solo 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. 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México: 55 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 escríbanos a: axasoluciones@axa.com.mx

Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México, C.P 03100, Tel. 55 5340 0999 y 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.

Beneficiario preferente	Tipo de persona
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
Bienes	
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
Bienes	



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

Modalidades de contratación					
Tipo de Contratante		<input type="checkbox"/> Propietario	<input type="checkbox"/> Arrendatario*	<input type="checkbox"/> % Ajuste automático _____	
Sección/coberturas	% sobre suma asegurada Base	<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%	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pérdidas Consecuenciales	15%	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Remoción de Escombros	10%	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Rotura de Cristales	5%	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Responsabilidad Civil Privada y Familiar	100%	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pérdida de Ingresos		\$60,000	\$ _____	\$60,000	\$ _____
Robo					
Robo de Contenidos ¹	20%	\$ _____	\$ _____		
Robo fuera del Domicilio ²	2%	\$ _____	\$ _____		
Dinero y Valores		\$ 5,000	\$ 5,000		
Coberturas opcionales para la sección de Daños Materiales, aplica para todos los paquetes.					
Edificio y contenidos					
Terremoto y/o Erupción Volcánica		<input type="checkbox"/>			
Fenómenos Hidrometeorológicos		<input type="checkbox"/>			
Notas: *Cuando se elija esta opción no se podrá otorgar la Cobertura de Incendio Edificio.					
1 La suma asegurada de la Cobertura de Robo de Contenidos no deberá ser mayor a la Cobertura de Incendio Contenidos.					
2 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).					
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					
Joyería					

Asegurado

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

Relojes			
Colecciones			
Objetos de arte			
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.

Beneficiario para la cobertura de pérdida de ingresos

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

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 solo los datos de una cuenta.

Banco	Cargo*	CLABE (Débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1º				/	/
2º				/	/
3º			No ingresar datos	/	/

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.

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.

Asegurado B

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Daños
Solicitud de Seguro Hogar Integral
Venta Masiva

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.		
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿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		



Datos del Contratante (Titular de la Póliza)

Tipo de persona Física Moral

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

RFC		CURP					
Edad	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Domicilio Calle					
No. exterior	No. interior	Colonia			Alcaldía o municipio		Código postal
Población o ciudad			Estado			Correo electrónico	
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)	

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								
RFC		CURP						
Edad	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Correo electrónico						
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)		

Y/O nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	RFC
---	-----

Datos de la ubicación a asegurar

Domicilio Calle					
No. exterior	No. interior	Colonia			Alcaldía o municipio
Población o ciudad			Estado		
Código postal					

Ubicación situada a menos de:

500 metros de la línea de rompimiento de las olas en marea alta 250 metros de la rivera del lago o laguna

¿Se perciben rentas por el inmueble asegurado? Sí No **Tipo de alarma** Local Central Ninguna



Año de construcción:						
Tipo de construcción: muros			No. de niveles (planta baja + pisos altos): _____			
<input type="checkbox"/> Tabique, block, ladrillo, piedra, mampostería			<input type="checkbox"/> Concreto armado		Otros: _____	
Tipo de construcción: techos y entrepisos						
<input type="checkbox"/> Concreto armado			<input type="checkbox"/> Vigueta y bovedilla		<input type="checkbox"/> Losas aligeradas de concreto	
<input type="checkbox"/> Lámina galvanizada, de asbestos, teja de barro			<input type="checkbox"/> Madera		<input type="checkbox"/> Otros: _____	
Uso: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Descanso		Régimen de vivienda: <input type="checkbox"/> Sola <input type="checkbox"/> Condominio horizontal <input type="checkbox"/> Condominio vertical				
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Lujo <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Económico		Determinación del valor de la construcción con base en los m ² de construcción m ² de construcción x Valor por m ² = Valor total del inmueble				
Beneficiario preferente						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Bienes						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Bienes						
Modalidades de contratación						
<input type="checkbox"/> Suma asegurada base \$ _____			<input type="checkbox"/> % Ajuste automático _____			
<input type="checkbox"/> Suma asegurada por cobertura						
A						
Sección/ coberturas	% sobre suma asegurada base		<input type="checkbox"/> Total suma asegurada	<input type="checkbox"/> Óptimo suma asegurada	<input type="checkbox"/> Medio suma asegurada	<input type="checkbox"/> Básico suma asegurada
	Propietario	Arrendatario				
Daños Materiales						
Incendio Edificio	100%	100% 100% 15% 10% 5%	\$	\$	\$	\$
Incendio Contenidos	50%		\$	\$	\$	\$
Pérdidas Consecuenciales meses ¹	15%		\$	\$	\$	\$
Remoción de Escombros	10%		\$	\$	\$	\$
Rotura de Cristales	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%	\$	\$		

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, solo 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 optionales

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			
Joyería			
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 períodos 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, deberá 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.
- b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Compañía.
- c) Por rechazo bancario.
- d) Cualquier otra causa establecida en el(s) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta corriente de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscripto.
- e) Cancelación de Póliza.

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 solo 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. 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México: 55 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 escríbanos a: axasoluciones@axa.com.mx.

Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Cd. de México, C.P 03100, Tel. 55 5340 0999 y 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 solo los datos de una cuenta.

Banco	Car-go*	CLABE (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1º					
2º			No ingresar datos		
3º					

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(s) 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(s) 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.

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

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
---	-------