

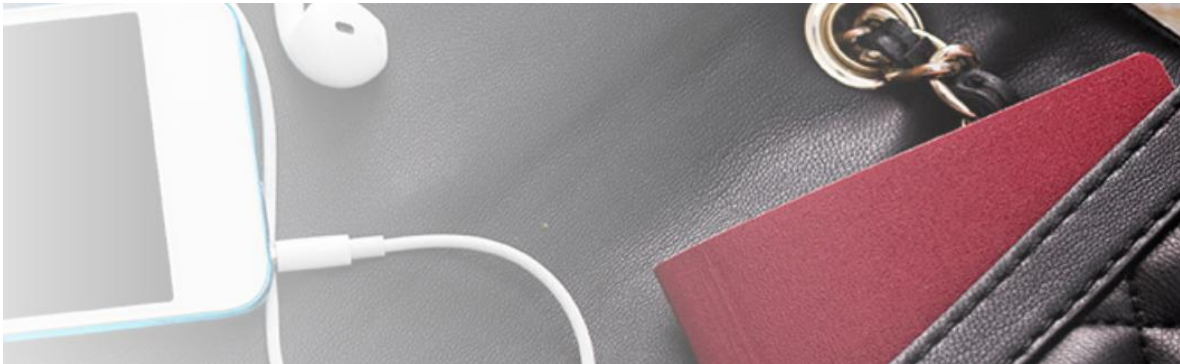
## SEGURO DE DAÑOS

### OBJETOS PERSONALES

**Seguro que cubre el daño material o robo con violencia de objetos personales fuera del domicilio del asegurado. Incluye bienes de uso personal electrónicos (de hasta 3 años de antigüedad) y no electrónicos.**

#### Beneficios

- Cubrimos al asegurado contra una pérdida económica, derivada del daño material o robo con violencia fuera del hogar de sus objetos personales.



Pérdidas o daños materiales ocasionados a los bienes cubiertos propiedad del asegurado o familia del asegurado, a consecuencia de:

- Incendio
- Rayo
- Explosión
- Huracán
- Granizo
- Caída de aviones
- Huelgas y vandalismo
- Terremoto o erupción volcánica
- Robo con violencia e intento de robo

Siempre y cuando estén siendo usados por el asegurado o familia del asegurado al momento del siniestro.



Datos del Contratante(s)				
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Sexo (solo para persona física) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
RFC con homoclave		CURP (solo para persona física)		
Fecha de nacimiento o fecha de constitución		País de nacimiento (solo para persona física)		Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera
Domicilio en el extranjero (en caso de tener nacionalidad extranjera y no residir en el país)				
Correo electrónico		Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)		
Ocupación o profesión (solo para persona física)		Actividad o giro mercantil (solo para persona moral)		
Folio mercantil (solo para persona moral)	Identificación	Emisor de la identificación	Número de la identificación	
Domicilio				
Calle				
No. exterior	No. interior	Colonia	Población o ciudad	Código postal
Estado		Alcaldía o municipio	País	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)	
Nombre completo del apoderado legal				
Razones por las que se desea contratar este seguro en territorio nacional (en caso de tener nacionalidad extranjera)				
Nombre de los principales accionistas		Nacionalidad	Porcentaje del capital que representa su participación en el capital social (en caso de que el contratante sea persona moral y tenga nacionalidad extranjera)	
Datos del (los) Asegurado(s)				
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Sexo (solo para persona física) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
RFC con homoclave		CURP (solo para persona física)		
Fecha de nacimiento o fecha de constitución		País de nacimiento (solo para persona física)		Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera
Domicilio en el extranjero (en caso de tener nacionalidad extranjera y no residir en el país)				



Correo electrónico		Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)		
Ocupación o profesión (solo para persona física)		Actividad o giro mercantil (solo para persona moral)		
Folio mercantil (solo para persona moral)	Identificación	Emisor de la identificación	Número de la identificación	
<b>Domicilio</b> Calle				
No. exterior	No. interior	Colonia	Población o ciudad	Código postal
Estado		Alcaldía o municipio	País	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)	
Nombre completo del apoderado legal				
Nombre de los principales accionistas		Nacionalidad	Porcentaje del capital que representa su participación en el capital social (en caso de que el Contratante sea persona moral y tenga nacionalidad extranjera)	
<b>Datos del Beneficiario preferente</b>				
<b>Tipo de persona</b> <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral				
Nombre o razón social				
Apellido paterno (solo para persona física)		Apellido materno (solo para persona física)	Sexo (solo para persona física) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
RFC con homoclave		CURP (solo para persona física)		
<b>Domicilio</b> Calle				
No. exterior	No. interior	Colonia	Población o ciudad	Código postal
Estado		Alcaldía o municipio	País	
Fecha de nacimiento o constitución		Orden de prelación en la indemnización (para uno o más Beneficiarios preferentes)		
Bienes sobre los cuales se nombra Beneficiario preferente				



Datos de la Póliza									
<input type="checkbox"/> Póliza nueva <input type="checkbox"/> Renovación de Póliza No. _____		<b>Vigencia</b> Desde      Día      Mes      Año      Hasta      Día      Mes      Año las 12      las 12 horas      horas							
<b>Moneda</b> <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		<b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual				<b>Tipo de pago</b> <input type="checkbox"/> Depósito en cuenta bancaria AXA <input type="checkbox"/> Cargo automático			
Datos del seguro									
Suma asegurada para Objetos Personales									
Cobertura: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estados Unidos, México y Canadá <input type="checkbox"/> Mundial									
Notas importantes									
<p>Se previene al Contratante y al Solicitante que conforme a 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, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene 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.</p> <p><b>Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</b></p> <p><b>Certificación del agente o conducto de venta:</b> declaro haber explicado ampliamente al Solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptados los riesgos por la Compañía.</p> <p>En caso que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA Seguros para que la documentación contractual me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que a continuación se indica, salvo que expresamente instruya lo contrario marcando la opción "No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico". <input type="checkbox"/></p> <p>Correo electrónico _____</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, puedo obtener un ejemplar digital de las Condiciones Generales a través del portal axa.mx, o un ejemplar impreso en las oficinas de AXA Seguros.</p>									
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					
Datos del tarjetahabiente nombre(s), apellido paterno, apellido materno				Relación con el Contratante	
Los montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:					
Banco	Cargo*	CLABE (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1°					
2°					
3°					
No ingresar datos					
*Cargo a: D = Tarjeta Débito, C = Tarjeta Crédito, Ch = Cuenta de Cheques					
Por medio de la presente autorizo a la Compañía 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 la prima correspondiente a la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional, 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. 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 la Compañía 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					
Bajo protesta de decir verdad, declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso de contestar "NO", especificar la causa y el nombre del tercero por el que actúa					
Parentesco o vínculo			Teléfono		
Domicilio					
En caso de que el tercero sea una persona moral, la estructura corporativa y nombres de los accionistas o socios					
En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado o en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, 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:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Datos personales**

Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, ubicado en axa.mx, y para todos los fines del Contrato de Seguro.

☐ Sí ☐ No

Cruzar la casilla que corresponda: otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares (Solicitantes), acepto la responsabilidad y mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad, para su consulta.

**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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

**Documentación**

Si la Prima total anual es igual o mayor al equivalente en moneda nacional a 2,500 dólares, se deberá integrar al expediente del cliente:

**a) Personas físicas:** identificación oficial, comprobante de domicilio (solo cuando el domicilio manifestado en la solicitud es distinto al de la identificación oficial) y constancia de CURP y/o RFC, comprobante de inscripción para la FIEL (cuando cuente con ellas). En caso de tener nacionalidad extranjera documento que acredite su calidad migratoria y legal estancia en el país.

**b) Personas morales:** testimonio o copia certificada que acredite su legal existencia inscrito en el registro público que corresponda, cédula de identificación fiscal o comprobante de inscripción para la FIEL, comprobante de domicilio y en el caso de el/los representantes legales documento con el que se acredite de carácter de apoderado en términos de la legislación aplicable al poderante y la naturaleza del negocio donde consten las facultades para celebrar este tipo de operaciones, así como la identificación oficial de estos. En caso de tener nacionalidad extranjera, documento que acredite fehacientemente su legal existencia e información que permita conocer su estructura accionaria.

Firma del agente	Firma del Contratante	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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de febrero de 2018, con el número CNSF-S0048-0625-2017 /CONDUSEF-003466-01.