



Información de la Póliza									
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Alta de embarcación			No. Póliza			Folio/instancia			
No. Póliza anterior			Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares						
Forma de pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual									
Tipo de pago <input type="checkbox"/> Depósito en cuenta bancaria AXA <input type="checkbox"/> Cargo automático									
Vigencia Desde las 12 horas Día Mes Año Hasta las 12 horas Día Mes Año									
Datos del Contratante									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social									
RFC					CURP				
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año				Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)					
Correo electrónico			Ocupación o profesión (personas físicas)			Actividad o giro (personas morales)			
Para personas morales Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil (personas morales)				
Identificación			Emisor de la identificación			Número de la identificación			
Domicilio Calle				No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal	
Alcaldía o municipio			Población o ciudad		Estado		País		
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
Datos del Asegurado									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social							<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario		
RFC					CURP				
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad		

DV-401 • AGOSTO 2019



Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año			Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)			
Correo electrónico		Ocupación o profesión (personas físicas)		Actividad o giro (personas morales)		
Para personas morales Nombre del (los)apoderado(s) legal(es) _____			Folio mercantil (personas morales)			
Identificación		Emisor de la identificación		Número de la identificación		
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal
Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado		País
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)		
Datos de la embarcación						
Uso de la embarcación <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Turístico		Bandera de la embarcación (país) <input type="checkbox"/> México <input type="checkbox"/> Otro _____		Tipo de embarcación <input type="checkbox"/> Velero <input type="checkbox"/> Yate <input type="checkbox"/> Lancha rápida <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre de la embarcación			Material de construcción			
Año de construcción			Año de reconstrucción			
Marca			Modelo			
No. de pasajeros		No. de tripulantes		No. esquiadores / surfistas / usuarios de motos acuáticas		
Puerto base			Zona de navegación			
Dimensiones						
<input type="checkbox"/> Metros <input type="checkbox"/> Pies		Eslora		Manga		Puntal
Monto de siniestros (último año)						
¿La embarcación cuenta con sistema de extintores integrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Motores						
Motor 1						
<input type="checkbox"/> Dentro de borda <input type="checkbox"/> Fuera de borda		Marca		Modelo		Año
Valor del motor		Auxiliar <input type="checkbox"/>		Tipo de combustible		País de fabricación
						Caballos de fuerza
						Tipo de Tier



Motor 2				
<input type="checkbox"/> Dentro de borda	Marca	Modelo	Año	Caballos de fuerza
<input type="checkbox"/> Fuera de borda				
Valor del motor	Auxiliar <input type="checkbox"/>	Tipo de combustible	País de fabricación	Tipo de Tier
Motor 3				
<input type="checkbox"/> Dentro de borda	Marca	Modelo	Año	Caballos de fuerza
<input type="checkbox"/> Fuera de borda				
Valor del motor	Auxiliar <input type="checkbox"/>	Tipo de combustible	País de fabricación	Tipo de Tier
Coberturas				
Cobertura básica				
<input type="checkbox"/> Casco	Pérdida Total Real o Implícita, Echazón, Piratería, Robo Total, Gastos de Salvamento, Remolque o Auxilio y Gastos de Remoción de Restos del Naufragio (solo embarcaciones residentes).			Suma asegurada \$ _____
Elija el porcentaje de deducible: <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 5% Elija el porcentaje de coaseguro: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 15%				
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil y Abordaje	(PandI) Embarcaciones Residentes y Turistas			Suma asegurada \$ _____
Elija el porcentaje de deducible que aplica con mínimo de USD \$500: <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 5%				
Coberturas opcionales				
Solo si se contrató la cobertura básica de Casco				
<input type="checkbox"/> Avería Particular				
<input type="checkbox"/> Arrastre de la embarcación por tierra				Suma asegurada \$ _____
Datos del remolque	Marca _____			
Serie _____	Año de construcción _____			
Modelo _____				
<input type="checkbox"/> Huelgas y Alborotos Populares				
<input type="checkbox"/> Daños o pérdidas a efectos personales y deportivos				Suma asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Daños a equipo electrónico de comunicación, navegación u otros accesorios electrónicos adaptados temporalmente en la Embarcación				Suma asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Daños a equipo electrónico de comunicación, navegación u otros accesorios electrónicos adaptados permanentemente en la Embarcación				Suma asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos y Accidentes Corporales a ocupantes (excepto para Embarcaciones con uso Turístico)				Suma asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos y Accidentes Corporales a Esquiadores, Surfistas y Usuarios de motos acuáticas				Suma asegurada \$ _____



Abordaje (en caso que la única cobertura básica contratada sea Casco)
Solo en caso que no haya contratado la cobertura de Responsabilidad Civil, elija el porcentaje de deducible que aplica con mínimo de USD \$500: 2% 3% 5%

Solo si se contrató la cobertura básica de Responsabilidad Civil Suma asegurada
 Responsabilidad Civil en que incurran los Esquiadores, Surfistas y Usuarios de motos acuáticas. \$ _____

Bienes cubiertos bajo convenio expreso

Embarcaciones Auxiliares

	Tipo de embarcación	Marca	Modelo	Valor real de la embarcación
1				
2				
3				
4				
5				

Datos del agente

	No. de agente	Nombre del agente	% de producción	% de participación
agente 1			%	%
agente 2			%	%

Observaciones

Notas importantes

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.

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 24 de febrero de 2015, con el número CNSF-S0048-0512-2014/CONDUSEF-001871-01.

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.

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a AXA para que las Condiciones Generales me sean entregadas en formato digital o electrónico a la cuenta de correo proporcionada (email), las cuales también podré descargar de la página electrónica de la Compañía (axa.mx). Sí No

En caso de que usted no autorice la entrega digital, favor de anular ambas casillas y el formato impreso se le entregará a través de su agente o directamente en las oficinas de la Compañía junto con su Póliza



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

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 aceptados los riesgos por la Compañía.

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*	No. de clabe (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico tokenizado (crédito o solo débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1°					
2°	No ingresar datos				
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 las primas correspondientes 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 notificada 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 tarjetahabiente	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 o funcionario o miembro de partidos políticos. Sí No



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:

Nombre y porcentaje de participación

Datos personales

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, Alcaldía Benito Juárez, CDMX, México, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato del 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 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. En caso que durante la vigencia de su contrato haya existido una modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario, deberá informarlo directamente a la Aseguradora a través de su agente. Usted sabe y entiende que podrá ser contactado por AXA Seguros, S.A. de C.V., para fines del seguimiento del seguro.

Nombre del Contratante o representante legal	Firma del Contratante o representante legal

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros. En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma.

Sí No

Nombre del Contratante o representante legal	Firma del Contratante o representante legal

Datos personales (continuación)

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

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A. de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección Aviso de Privacidad. Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA, por favor marque la casilla siguiente:

Documentación:

Si la prima total es igual o mayor al equivalente en moneda nacional a 10,000 dólares, favor de anexar:

- a) Personas físicas: identificación oficial, comprobante de domicilio y constancia de CURP y/o RFC, comprobante de inscripción para la FIEL; y en caso de ser de origen extranjero su pasaporte y/o documento que acredite su legal estancia en el país.
- b) Personas morales: acta constitutiva, cédula de identificación fiscal, comprobante de domicilio, comprobante de inscripción para la FIEL y los poderes del representante o representantes legales, así como la identificación oficial de estos.

Firma del Contratante / Solicitante	Firma del agente	Lugar y fecha

Contratante y/o Asegurado adicional 1

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

RFC	CURP
-----	------



Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad	
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año				Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)				
Correo electrónico			Ocupación o profesión (personas físicas)			Actividad o giro (personas morales)		
Para personas morales Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil (personas morales)			
Identificación			Emisor de la identificación			Número de la identificación		
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal	
Alcaldía o municipio			Población o ciudad		Estado		País	
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)		
Contratante y/o Asegurado adicional 2								
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social							<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario	
RFC				CURP				
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		País de nacimiento			Nacionalidad	
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año				Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (FIEL)				
Correo electrónico			Ocupación o profesión (personas físicas)			Actividad o giro (personas morales)		
Para personas morales Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)					Folio mercantil (personas morales)			
Identificación			Emisor de la identificación			Número de la identificación		
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal	
Alcaldía o municipio			Población o ciudad		Estado		País	
Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)		



Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (embarcaciones auxiliares)

Número de embarcación _____

	Tipo de embarcación	Marca	Modelo	Valor real de la embarcación
1				
2				
3				
4				
5				

Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (embarcaciones auxiliares)

Número de embarcación _____

	Tipo de embarcación	Marca	Modelo	Valor real de la embarcación
1				
2				
3				
4				
5				

Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (embarcaciones auxiliares)

Número de embarcación _____

	Tipo de embarcación	Marca	Modelo	Valor real de la embarcación
1				
2				
3				
4				
5				

Bienes cubiertos bajo convenio expreso adicional (embarcaciones auxiliares)

Número de embarcación _____

	Tipo de embarcación	Marca	Modelo	Valor real de la embarcación
1				
2				
3				
4				
5				