

(Para uso exclusivo de la aseguradora)

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES
-----------	------------------	------------------	------------------------------------

RAZÓN O DENOMINACION SOCIAL

DOMICILIO: CALLE	NUMERO	COLONIA
CIUDAD O MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	ESTADO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO(S)	IDENTIFICACIÓN QUE EXHIBE EL ASEGURADO

BENEFICIARIO PREFERENTE A FAVOR DE (EN SU CASO):

DATOS DE LA PÓLIZA

VIGENCIA DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO	PÓLIZA NUEVA:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
								RENOVACIÓN DE PÓLIZA NÚMERO (EN SU CASO):						
FORMAS DE PAGO	<input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL				CARGO A TARJETA:			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL				- NÚMERO DE CUENTA O TARJETA: - FECHA DE VENCIMIENTO:									

DATOS DEL VEHICULO (Seguros Afirme se reserva el derecho de realizar o no inspecciones físicas a los vehículos, según formato anexo)

MARCA Y TIPO	MODELO	CAPACIDAD	TRANSMISIÓN	NUMERO PUERTAS	CILINDROS
NÚMERO DE MOTOR	NÚMERO DE SERIE	NÚMERO DE PLACAS	EQUIPO DE FABRICA		

VEHÍCULO DE CARGA: SI NOTIPO DE CARGA: A B C

DESCRIBIR CARGA (en su caso):

TIPO DE COBERTURA

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

COBERTURAS	AMPARADO / EXCLUIDO	PORCENTAJE DEDUCIBLE	SUMA ASEGURADA
1 Daños Materiales	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
2 Robo Total	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
3 Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
4 Gastos Médicos Ocupantes	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
5 Asistencia Legal (adicional)	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
6 Asistencia en Viajes y Asistencia Kilómetro Cero (adicional)	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
7 Exención de Deducibles en Daños Materiales	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
8 Exención de Deducibles en Robo Total	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
9 Extensión de Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
10 Accidentes Automovilísticos al Conductor	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
11 Equipo Especial	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
12 Extensión de Responsabilidad Civil Ocupantes	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
13 Reembolso de prima por Pérdida Total	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
14 Solo Pérdida Total por Colisiones	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		
15 Asistencia en accidentes automovilísticos al conductor (adicional)	<input type="checkbox"/> Amparado <input type="checkbox"/> Excluido		

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO ESPECIAL (EN SU CASO):	VALOR
	\$

OBSERVACIONES

Las coberturas del seguro operan sujetas a limitaciones y exclusiones establecidas en las cláusulas I, II y IV de las Condiciones Generales.

FIRMA DEL ASEGURADO

Manifiesto que los datos declarados en la presente solicitud son verdaderos y que la omisión o inexacta declaración de los mismos facultará a Seguros Afirme a rescindir el contrato que en su caso se celebre, en términos de lo dispuesto por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, manifiesto que he sido informado de manera amplia y detallada por parte de la Aseguradora, el Agente u otro Intermediario, sobre el alcance de la cobertura del seguro, así como de la forma de conservarla y darla por terminada. Finalmente, declaro bajo protesta de decir verdad, que Seguros Afirme ha hecho de mi conocimiento el uso que se le dará a mis datos personales y que ha puesto a mis disposición el Aviso de Privacidad al que se refiere la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor.

AGENTE	CLAVE	TELÉFONO	FIRMA
DESCUENTO AUTORIZADO:			

"El presente documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con lo solicitado"

Para consultas y/o reclamaciones comunicarse a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Ocampo 220 pte. Zona Centro, C.P. 64000.
Tel: (81) 8318 3800 ext. 23901, correo electrónico alejandro.cruz.diaz@afirme.com

ADVERTENCIA: Este producto cuenta con exclusiones y limitantes. Consulte las condiciones generales del producto en www.afirme.com

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de marzo de 2016, con el número CNSF-S0094-0236-2016.

No. Registro: CNSF-S0094-0236-2016/CONDUSEF-000362-01