



Número de Póliza	Número de Inciso	¿La Póliza ha tenido siniestro? Núm. de Siniestro	Fecha de solicitud:	Día	Mes	Año
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vigencia del Recibo:		Día Mes Año	Día Mes Año			
Desde las 12 hrs.			Hasta las 12 hrs. del			

Nombre del Asegurado. Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social

¿Requiere cambio de nombre del Asegurado? (Presentar copia de factura con endoso) Sí No

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social

¿Requiere cambio de domicilio? Sí No

Calle

Núm. Exterior

Núm. Interior

C.P.

Colonia

Delegación o Municipio

Población o Ciudad

Estado

¿Requiere cambio de agente? (Anexar el formato para cambio de agente) Sí No

¿Requiere cambio de forma de pago? Sí No

Anual Semestral Trimestral* Mensual* * Sólo cargo Automático

¿Requiere cambio de sistema de pago? Sí No

Efectivo Tarjeta de Crédito* Cheque* Tarjeta de Débito*

*Anexar Carta de autorización para cargo automático en tarjeta de Crédito, Débito o Cuenta de Cheques (llenar formato CV-060)
Nota: para forma de pago con cheque y tarjeta de Débito, se deberá anexar estado de cuenta con CLABE (18 dígitos)

¿Requiere cambio de modelo y/o clave AMIS? Modelo* Clave AMIS*

En caso de solicitar alguno de los siguientes cambios, especificar con **L**(letra) o **N**(número) en el cuadro inferior como se indica en el ejemplo :

Ejemplo	No. de serie* (USAR MAYÚSCULAS)	No. de motor* (USAR MAYÚSCULAS)	No. de Placas**
5 S 8 B			
N L N L			

* Se requiere copia de la factura (legible)

** Se requiere tarjeta de circulación

¿Requiere cambio de Servicio? Particular Público Público Federal Urbano Foráneo Otro. Especifique _____

¿Requiere cambio de uso? Normal Sitio Ruteo Transporte Empleados Transporte Escolar Renta diaria Otro. Especifique _____

<p>¿Requiere cambio de Valor? (Valor convenido aplica sólo a vehículos último modelo, con factura hasta 3 meses de antigüedad)</p> <p><input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Convenido</p>	<p>¿Requiere cambio de porcentaje? (aplica sobre el valor comercial)</p> <p><input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 110% (no aplica a unidades último modelo)</p>	<p>¿Requiere cambio en tipo de carga?</p> <p><input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</p>	<p>¿Requiere Inclusión de?...</p> <p><input type="checkbox"/> 1er. Remolque <input type="checkbox"/> 2do. Remolque</p>
---	--	---	--

¿Requiere cambio de paquete de cobertura? Amplia Plus (sujeto a políticas de suscripción) Amplia Limitada Básica

¿Requiere cambio de beneficiarios? (sólo por pérdida de la vida del conductor en accidentes automovilísticos)

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de Participación

¿Requiere incluir, modificar y/o cancelar alguna cobertura? (Indique en el cuadro **M** si requiere modificación, **I** si requiere incluir o **C** si requiere cancelar la cobertura).

	Suma Asegurada	Deducible	Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil		DSMGVDF*	<input type="checkbox"/> Daños Materiales %
<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia		* Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.	<input type="checkbox"/> Robo Total %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos a ocupantes		**Se requiere copia de facturas, y relación del equipo y/o adaptaciones a cubrir	<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Colisiones y Vuelcos
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor			<input type="checkbox"/> Prix (Autos y Camiones hasta 3.5 ton y 10 años de antigüedad)
<input type="checkbox"/> Defensa Legal Vehicular			<input type="checkbox"/> Extensión RC (Autos y Camiones hasta 3.5 ton y hasta 15 años de antigüedad)
<input type="checkbox"/> Equipo Especial			
<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones**			
<input type="checkbox"/> Auto Sustituto (Autos hasta 5 años de Antigüedad)			

¿Cuál es el motivo de la cancelación de la póliza?

Requerimiento	Requerimiento	A partir de:
1. <input type="checkbox"/> A solicitud del asegurado Firma del asegurado	5. <input type="checkbox"/> Por Pérdida Total Copia de finiquito	Día Mes Año
2. <input type="checkbox"/> Por sustitución Firma del asegurado	6. <input type="checkbox"/> Por falta de pago Regresar póliza y recibos	
3. <input type="checkbox"/> No es aceptada Regresar póliza y recibos	7. <input type="checkbox"/> Por duplicidad de póliza Firma del asegurado	
4. <input type="checkbox"/> Error de captura Regresar póliza y recibos	8. <input type="checkbox"/> Por venta del vehículo	

Si la cancelación genera prima a favor del asegurado, se le reembolsara mediante: Nota de crédito Cheque Cuenta Bancaria

Banco

Núm. de Cuenta

Observaciones

Nombre y Núm. de agente:

Lugar y Fecha

Día Mes Año

Firma del agente

Firma del asegurado o contratante

Nota: Los cambios solicitados en el presente documento serán vigentes a partir de la fecha de recibido en AXA Seguros