



Número de Póliza	Endoso	Reporte Telefónico
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Numero de contrato

Datos Generales del Asegurado

<input type="checkbox"/> Persona Moral (en caso de ser persona moral, utilice si es necesario los campos de nombre y apellido paterno para el nombre de la empresa?)			
Nombre			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Ocupación	Edad (años)	Sexo F M	R. F. C. - -

Domicilio Fiscal

Calle y Número		
Colonia		
Población		
Estado	C. P.	Teléfono (Sin guiones) 0 1 - -

Datos de la Póliza

Forma de Pago <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Vigencia de las 12 Hrs. (AA-MM-DD)	Hasta las 12 Hrs. (AA-MM-DD)
Sistema de Pago <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito		

Descripción del Vehículo (si desea otro tipo de vehículo favor de indicar al reverso)

Tipo	<input type="checkbox"/> Residentes <input type="checkbox"/> Clásico <input type="checkbox"/> Camión	Servicio	Uso	Tonelaje	Clave-AMIS	Modelo
	<input type="checkbox"/> Importados <input type="checkbox"/> Fronterizo	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Normal			
Marca						
Tipo						
Placas	Estado					
R. F. V. O Renave NIR	No. De Serie					
No. De Motor	Valor			Porcentaje %		

Paquete (si desea otra combinación favor de indicar al reverso)

<input type="checkbox"/> Amplia	<input type="checkbox"/> Limitada	<input type="checkbox"/> Defensa Legal Conductor	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Básica
Deducible Daños Materiales %	Deducible Robo %			

Datos del Agente

Número	R. F. C.	% Participación %	% Cesión	Número	R. F. C.	% Participación %
--------	----------	-------------------	----------	--------	----------	-------------------

Certificación del Agente: He inspeccionado el vehículo y certifico que no tiene daños preexistentes a esta solicitud

Area para Sellos

Nombre y Firma del Solicitante

Nombre y firma del Agente



y/o

Persona Moral (en caso de ser persona moral, utilice si es necesario los campos de nombre y apellido paterno para el nombre de la empresa)

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Póliza Cancelable

Sí No

Pago Preferente

Persona Moral (en caso de ser persona moral, utilice si es necesario los campos de nombre y apellido paterno para el nombre de la empresa)

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Beneficiarios Preferentes

Para la cobertura de Accidentes Automovilísticos al conductor en caso de pérdida de la vida

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Otros tipos de Vehículo

Tipo	<input type="checkbox"/> Remolque casa-habitación	<input type="checkbox"/> Microbús	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Tractocamión	Servicio	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Foráneo
	<input type="checkbox"/> Autobús	<input type="checkbox"/> Minibús	<input type="checkbox"/> Remolque	<input type="checkbox"/> Dolly				
Uso	<input type="checkbox"/> Auto escuela un volante	<input type="checkbox"/> Transporte escolar	<input type="checkbox"/> Turismo	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Reparto			
	<input type="checkbox"/> Servicios de emergencia	<input type="checkbox"/> Ruleteo sitio	<input type="checkbox"/> Transporte empleados	<input type="checkbox"/> Vocacionales	<input type="checkbox"/> Normal			
	<input type="checkbox"/> Auto escuela dos volantes	<input type="checkbox"/> Transporte obreros	<input type="checkbox"/> Renta Diaria	<input type="checkbox"/> Carga				

Tipo de Carga

- No peligrosa
- Muy peligrosa
- Ligeramente Peligrosa
- Extremadamente peligrosa
- Peligrosa

Tipo de Remolque

- Redilas
- Tolva
- Plataforma
- Caja Seca
- Tanques
- Caja Refrigeradora
- Otros (Especifique)
- Ganaderas

Otras combinaciones de Cobertura y Sumas Aseguradas

	Deducible		Suma Asegurada	Deducible
<input type="checkbox"/> Daños Materiales		<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil y servicios de asistencia		D.S.M.
<input type="checkbox"/> Robo Total		<input type="checkbox"/> Gastos Médicos		
<input type="checkbox"/> Prix		<input type="checkbox"/> Accidentes al conductor		
<input type="checkbox"/> Extensión de R. C. Y servicios de asistencia		<input type="checkbox"/> Defensa legal vehicular		
<input type="checkbox"/> Carga no peligrosa		<input type="checkbox"/> Equipo especial		
<input type="checkbox"/> Carga Peligrosa		<input type="checkbox"/> Adaptaciones		
<input type="checkbox"/> Carga muy peligrosa		<input type="checkbox"/> Auto sustituto		
<input type="checkbox"/> Segundo remolque				%

Equipos Especiales y/o Adaptaciones

Valor	
<input type="checkbox"/> Equipo Esp.	<input type="checkbox"/> Adapt.
Valor	
<input type="checkbox"/> Equipo Esp.	<input type="checkbox"/> Adapt.
Valor	
<input type="checkbox"/> Equipo Esp.	<input type="checkbox"/> Adapt.

Información para endoso y/o observaciones