

## DIVERSOS TÉCNICOS

Con esta oferta de seguros protegemos el patrimonio de los asegurados mediante la cobertura de proyectos de construcción y montaje, así como el equipo de contratistas, maquinaria pesada y equipo electrónico, ya sea como propietario o usuario.

### EQUIPO DE CONTRATISTAS Y MAQUINARIA PESADA MÓVIL CON RESPONSABILIDAD CIVIL

Este seguro cubre los daños materiales ocasionados a equipos de contratistas y maquinaria pesada móvil, así como la responsabilidad civil derivada de su uso.

#### BENEFICIOS

- Opción de complementar la protección con responsabilidad civil mediante un pago adicional.
- Flexibilidad para elegir las coberturas que mejor se adapten a sus equipos.
- Opciones de contratación:
  - Cobertura global o por equipo.
  - A valores totales o con límite máximo de responsabilidad.



## **COBERTRAS**

Ofrecemos una amplia gama de coberturas y beneficios con flexibilidad para todos los asegurados.

### **COBERTURAS BÁSICAS**

- Daños Materiales

Cubrimos pérdidas o daños materiales causados al equipo de contratistas o maquinaria pesada móvil por:

- Incendio o rayo.
- Explosión.
- Fenómenos hidrometeorológicos.
- Temblor, terremoto, sismo o erupción volcánica.
- Derrumbe, deslave, hundimiento, deslizamiento del terreno y alud.
- Hundimiento o rotura de alcantarillas, puentes para vehículos, muelles o plataformas de carga.
- Colisión, volcadura, caída y enfangamiento.
- Robo total de cada unidad y las pérdidas o daños materiales a consecuencia de dicho robo.

- Responsabilidad civil

Cubrimos la responsabilidad del asegurado por daños a terceros derivados de la operación y posesión de su equipo de contratistas o maquinaria pesada móvil.



## **COBERTURAS ADICIONALES**

- Daños Materiales
  - Daños a bienes que operan bajo tierra.
  - Huelgas y alborotos populares.
  - Gastos extraordinarios que realice el asegurado para acelerar la reparación de sus bienes dañados.
  - Todo riesgo por daño físico, daños y pérdidas materiales por causas externas.
- Responsabilidad civil
  - Responsabilidad civil asumida: Ampara responsabilidades ajenas en las que el asegurado, por convenio o contrato, se comprometa a reparar o indemnizar futuros daños a tercero o sus propiedades.
  - Responsabilidad civil cruzada: Ampara a un asegurado respecto de otro por daños causados exclusivamente a los bienes de éste.
  - Responsabilidad civil traslados nacionales: Ampara al asegurado por daños a terceros derivados del transporte de Equipos de Contratistas o Maquinaria Pesada Móvil dentro de territorio nacional





Daños

## Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil

El interés del Asegurado sobre los bienes por asegurar es en calidad de:  Propietario  Arrendatario

### Datos del Contratante (si hay más de uno, relacionar con el anexo I)

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

RFC			CURP							
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad		País de nacimiento	
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Ocupación o profesión			Actividad o giro mercantil		Correo electrónico			
Domicilio Calle							No. exterior	No. interior		
Colonia			Población (Alcaldía o municipio)				Estado			
Código postal	Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			

### Exclusivo para personas morales

Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)

### Llenar estos datos en caso de ser extranjero

Domicilio en el país de origen Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal	
Población o ciudad	Estado			País	Teléfono	

### Datos de la Póliza

Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	No. Póliza anterior	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	
Type 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 Asegurado (llenar solo en caso de ser diferente al Contratante y si hay más de uno relacionar con el anexo I)

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

RFC			CURP							
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad		Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Ocupación o profesión			Actividad o giro mercantil				Correo electrónico			
Domicilio Calle							No. exterior	No. interior		
Colonia			Población (Alcaldía o municipio)				Estado			
Código postal	Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			

### Exclusivo para personas morales

Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)



## Daños

# Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil

**Beneficiario preferente (si hay más de uno, relacionar con el anexo II)**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
Bienes asegurados, módulos y/o coberturas		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado			
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) beneficiario(s) preferente(s)) lugar				
<b>Datos de la ubicación (lugar donde van a operar los equipos a asegurar. Llenar este apartado con los datos de la ubicación principal, si hay más de una, llenar el anexo III por cada una de ellas)</b>					
Domicilio Calle			No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado	Código postal		
Datos del negocio					
Giro					
<b>Coberturas y sumas aseguradas</b>					
Sumas aseguradas por ubicación (si hay más de una, llenar el anexo III por cada una de ellas)					
Cantidad de equipos a asegurar: _____ % ajuste automático _____					
<b>Módulo I. Daños materiales</b>					
<b>¹Deductible Daño Material</b>	<input type="checkbox"/> 2%	<input type="checkbox"/> 4%	<input type="checkbox"/> 6%	<input type="checkbox"/> 8%	<input type="checkbox"/> 10%
<b>¹Deductible Robo</b>	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20%	
<b>Cobertura básica</b>					
<b>Formas de aseguramiento</b>					
<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Global	Suma asegurada de todos los equipos	\$_____	(mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)		
<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Por equipo	<input type="checkbox"/> Límite máximo de responsabilidad	\$_____			
	Suma asegurada de todos los equipos	\$_____	(mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)		
	<input type="checkbox"/> Límite máximo de responsabilidad	\$_____			
<b>Coberturas adicionales</b>					
<input type="checkbox"/> Huelgas y Alborotos Populares	<input type="checkbox"/> Gastos Extraordinarios	<input type="checkbox"/> Daños a Bienes que Operan bajo Tierra			
<input type="checkbox"/> Todo riesgo por Daño Físico					
Los equipos operarán en:					
<input type="checkbox"/> Una sola ubicación					
<input type="checkbox"/> Diferentes ubicaciones. En este caso se asume que los equipos operan en cualquier lugar de la República Mexicana					
<b>Notas aplicables al Módulo I. Daños materiales</b>					
<sup>1</sup> El deducible aplica sobre la suma asegurada del equipo.					
<sup>2</sup> Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada de los cinco equipos con mayor valor.					
<sup>3</sup> Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada por equipo, que corresponde al valor de reposición de este.					
<b>Módulo II. Responsabilidad Civil</b>					
<b>Deducible del 10% sobre la indemnización con mínimo de<sup>1</sup>:</b>					
<input type="checkbox"/> 100 DSMGVDF	<input type="checkbox"/> 150 DSMGVDF	<input type="checkbox"/> 250 DSMGVDF	<input type="checkbox"/> 350 DSMGVDF		
<input type="checkbox"/> 450 DSMGVDF	<input type="checkbox"/> 550 DSMGVDF	<input type="checkbox"/> 650 DSMGVDF	<input type="checkbox"/> 750 DSMGVDF		

**Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil**

**En el caso de contratar la cobertura por equipo, en el apartado Descripción del equipo, se debe llenar el campo Tipo de equipo con una: a,b,c o d, de acuerdo a lo siguiente:**

- a. El equipo será arrendado sin operador del Asegurado
- b. El equipo será arrendado con operador del Asegurado
- c. El equipo es autopropulsado
- d. El equipo no es autopropulsado

**Coberturas adicionales**

\*Responsabilidad Civil Asumida       Responsabilidad Civil Cruzada       Responsabilidad Civil Traslados Nacionales

\*La suma asegurada para esta cobertura corresponde al 10% de la suma asegurada en la cobertura básica de este módulo, sin exceder a 1,000 Días de Salario Mínimo General Vigente en el Ciudad de México (DSMGVDF) al momento de la contratación de la Póliza. En caso de requerir incremento de suma asegurada para esta cobertura, solicitarlo a la Compañía proporcionando a continuación el nombre de las personas por quienes se asume la responsabilidad y copia de los contratos correspondientes.

**Personas por quienes se asume la responsabilidad, en caso de ser más de tres, anexar relación completa con el mismo**

No.	Nombre	Tipo de persona	RFC
1			_____
2			_____
3			_____

**Notas aplicables al Módulo II. Responsabilidad Civil**

<sup>1</sup> El deducible mínimo está en Días de Salario Mínimo General Vigente en el Ciudad de México (DSMGVDF).

<sup>2</sup> Opera como un único límite para bienes y personas por uno o por todos los equipos amparados, por evento y/o el total de ellos que pudieran ocurrir durante la vigencia de la Póliza.

<sup>3</sup> Solo aplica para la opción límite único para todos los equipos.

<sup>4</sup> Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada para cada equipo.

**Descripción del equipo (en caso de ser más de 10 equipos, anexar relación completa con este mismo formato)**

No.	Fracción	Descripción del equipo	No. de serie	Marca	Modelo	Año de construcción	Suma asegurada para el Módulo I	Tipo de equipo (Módulo II)	Suma asegurada para el Módulo II
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

**Total**



## Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil

### Renovación automática

Estoy de acuerdo que AXA Seguros S.A. de C.V. denominada en lo sucesivo "la Compañía" renovará anualmente, aplicando el ajuste de prima correspondiente, en forma automática por períodos de un año la Póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido. Sin embargo, el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a la Compañía por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.

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. | d) Cualquier otra causa establecida en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta corriente de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito. |
| b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Compañía.      | e) Cancelación de Póliza.   |
| c) Por rechazo bancario.   |   |

### Datos del agente (aspectos internos de la Compañía)

	No. agente	Nombre del agente	Participación	Producción
agente 1			%	%

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.

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](#)

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 esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

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 7 de julio de 2011, con el número CGEN-S0048-0130-2011.

**En caso de que mi solicitud sea aceptada autorizo a AXA para que las Condiciones Generales me sean entregadas en formato digital o electrónico, sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA, o bien a través del portal [axa.mx](#)**

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 20 de noviembre de 2013, con el número CGEN-S0048-0232-2013.

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, Alcaldía Benito Juárez, en la Ciudad de México, México le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página [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 escríbanos a: [axasoluciones@axa.com.mx](mailto:axasoluciones@axa.com.mx)



Daños

## Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil

**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

**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.**

**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.

### Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

<b>Exclusivo para personas físicas.</b> 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.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Folio Pegaso
En caso afirmativo describa el puesto		Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo	
¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Especifique:				
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre y porcentaje de participación		
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", especifique la causa y el nombre del tercero por el que actúa:		
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación		Parentesco o vínculo con usted:		
Domicilio de dicha persona Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)
Firma del Contratante (solo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante titular	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 (solo en caso de ser diferente al Contratante) (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)
1º					
2º					
3º			No ingresar datos		

\*Cargo a: d = tarjeta débito, c = tarjeta crédito, ch = cuenta de cheques.



Daños

## Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil

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 primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por la Compañía en la fecha de cobro, 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, vía de cobro y forma de pago seleccionado. 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 artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.**

Firma del tarjetahabiente	Firma del Agente	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 30 de enero de 2013, con el número PPAQ-S0048-0087-2012/CONDUSEF-001534-01.



Daños

**Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y  
Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil**  
**Anexo I. Relación de Contratantes y/o Asegurados adicionales**  
Ubicación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante titular: \_\_\_\_\_

**Contratante y/o Asegurado adicional 1**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social							
RFC			CURP				
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad	Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Ocupación o profesión		Actividad o giro mercantil			Correo electrónico		
Domicilio Calle						No. exterior	No. interior
Colonia		Población (Alcaldía o municipio)			Estado		
Código postal	Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)		

**Exclusivo para personas morales**

Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)

**Llenar estos datos en caso de ser extranjero**

Domicilio en el país de origen Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Población o ciudad	Estado		País	Teléfono	

**Contratante y/o Asegurado adicional 2**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social							
RFC			CURP				
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año	Edad	Nacionalidad	Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Ocupación o profesión		Actividad o giro mercantil			Correo electrónico		
Domicilio Calle						No. exterior	No. interior
Colonia		Población (Alcaldía o municipio)			Estado		
Código postal	Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)		

**Exclusivo para personas morales**

Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)

**Llenar estos datos en caso de ser extranjero**

Domicilio en el país de origen Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Población o ciudad	Estado		País	Teléfono	



Daños

**Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y  
Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil  
Anexo II. Beneficiarios Preferentes**

Nombre del Contratante titular: \_\_\_\_\_

**Beneficiario preferente 1**

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

Bienes asegurados, módulos y/o coberturas	Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado		
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) beneficiario(s) preferente(s)) _____ lugar			

**Beneficiario preferente 2**

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

Bienes asegurados, módulos y/o coberturas	Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado		
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) beneficiario(s) preferente(s)) _____ lugar			

**Beneficiario preferente 3**

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

Bienes asegurados, módulos y/o coberturas	Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado		
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) beneficiario(s) preferente(s)) _____ lugar			
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado		
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) beneficiario(s) preferente(s)) _____ lugar			

**Beneficiario preferente 4**

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

Bienes asegurados, módulos y/o coberturas	Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado		
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) beneficiario(s) preferente(s)) _____ lugar			



Daños

**Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y  
Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil  
Anexo II. Beneficiarios Preferentes**

**Beneficiario preferente 5**

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

Bienes asegurados, módulos y/o coberturas	Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año
<b>Domicilio</b> Calle		No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado		
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al (los) beneficiario(s) preferente(s)) _____ lugar			



Daños

**Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y  
Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil  
Anexo III. Relación de ubicaciones  
Ubicación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

El interés del Asegurado sobre los bienes por asegurar es en calidad de:  Propietario  Arrendatario

**Contratante y/o Asegurado adicional 1**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social					
RFC		CURP			
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año	Edad	
Ocupación o profesión	Actividad o giro mercantil			Correo electrónico	
Domicilio Calle				No. exterior	No. interior
Código postal	Tel. particular (con clave de ciudad)	Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	

**Exclusivo para personas morales**

Nombre del (los) apoderado(s) legal(es)

**Llenar estos datos en caso de ser extranjero**

Domicilio en el país de origen Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Población o ciudad	Estado	País		Teléfono	

**Beneficiario preferente 1**

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

Bienes asegurados, módulos y/o coberturas		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día	Mes	Año
Domicilio Calle				No. exterior	No. interior
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)			Estado	
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s)) lugar				

**Datos de la ubicación (lugar donde van a operar los equipos a asegurar).**

Domicilio (llenar solo en caso de ser diferente a la del Contratante)

Calle	No. exterior	No. interior	
Colonia	Población (Alcaldía o municipio)	Estado	Código postal

Datos del negocio

Giro

**Coberturas y sumas aseguradas**

Sumas aseguradas por ubicación

Cantidad de equipos a asegurar: \_\_\_\_\_ % ajuste automático \_\_\_\_\_

**Módulo I. Daños materiales**

**1'Deductible Daño Material**  2%  4%  6%  8%  10%

**1'Deductible Robo**  5%  10%  15%  20%



Daños

**Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y  
Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil  
Anexo III. Relación de ubicaciones  
Ubicación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

**Cobertura básica****Formas de aseguramiento**

- <sup>2</sup>Global Suma asegurada de todos los equipos \$\_\_\_\_\_ (mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)  
 Límite máximo de responsabilidad \$\_\_\_\_\_
- <sup>3</sup>Por equipo Suma asegurada de todos los equipos \$\_\_\_\_\_ (mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)  
 Límite máximo de responsabilidad \$\_\_\_\_\_

**Coberturas adicionales**

- Huelgas y Alborotos Populares     Gastos Extraordinarios     Daños a Bienes que Operan bajo Tierra  
 Todo riesgo por Daño Físico

Los equipos operarán en:

- Una sola ubicación  
 Diferentes ubicaciones. En este caso se asume que los equipos operan en cualquier lugar de la República Mexicana

**Notas aplicables al Módulo I. Daños materiales**<sup>1</sup> El deducible aplica sobre la suma asegurada del equipo.<sup>2</sup> Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada de los cinco equipos con mayor valor.<sup>3</sup> Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada por equipo, que corresponde al valor de reposición de este.**Módulo II. Responsabilidad Civil****Deducible del 10% sobre la indemnización con mínimo de<sup>1</sup>:**

- 100 DSMGVDF     150 DSMGVDF     250 DSMGVDF     350 DSMGVDF  
 450 DSMGVDF     550 DSMGVDF     650 DSMGVDF     750 DSMGVDF

**Cobertura básica****Formas de aseguramiento**

- <sup>2</sup>Límite único para todos los equipos Suma asegurada de todos los equipos \$\_\_\_\_\_  <sup>3</sup>Sublímite por equipo \$\_\_\_\_\_
- <sup>4</sup>Límite único por equipo Suma asegurada de todos los equipos \$\_\_\_\_\_

**En el caso de contratar la cobertura por equipo, en el apartado Descripción del equipo, se debe llenar el campo Tipo de equipo con una: a,b,c o d, de acuerdo a lo siguiente:**

- a. El equipo será arrendado sin operador del Asegurado    c. El equipo es autopropulsado  
b. El equipo será arrendado con operador del Asegurado    d. El equipo no es autopropulsado

**Coberturas adicionales**

- \*Responsabilidad Civil Asumida     Responsabilidad Civil Cruzada     Responsabilidad Civil Traslados Nacionales

\*La suma asegurada para esta cobertura corresponde al 10% de la suma asegurada en la cobertura básica de este módulo, sin exceder a 1,000 Días de Salario Mínimo General Vigente en el Ciudad de México (DSMGVDF) al momento de la contratación de la Póliza. En caso de requerir incremento de suma asegurada para esta cobertura, solicitarlo a la Compañía proporcionando a continuación el nombre de las personas por quienes se asume la responsabilidad y copia de los contratos correspondientes.

Personas por quienes se asume la responsabilidad, en caso de ser más de tres, anexar relación completa con el mismo formato.

No.	Nombre	Tipo de persona	RFC
1			_____
2			_____
3			_____



Daños

**Solicitud de Seguro Equipo de Contratistas y  
Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil**  
**Anexo III. Relación de ubicaciones**  
**Ubicación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

**Notas aplicables al Módulo II. Responsabilidad Civil**

- <sup>1</sup> El deducible mínimo está en Días de Salario Mínimo General Vigente en el Ciudad de México (DSMGVDF).
- <sup>2</sup> Opera como un único límite para bienes y personas por uno o por todos los equipos amparados, por evento y/o el total de ellos que pudieran ocurrir durante la vigencia de la Póliza.
- <sup>3</sup> Solo aplica para la opción límite único para todos los equipos.
- <sup>4</sup> Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada para cada equipo.

**Descripción del equipo (en caso de ser más de 10 equipos, anexar relación completa con este mismo formato)**

No.	Fracción	Descripción del equipo	No. de serie	Marca	Modelo	Año de construcción	Suma asegurada para el Módulo I	Tipo de equipo (Módulo II)	Suma asegurada para el Módulo II
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
<b>Total</b>									