

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.



COBERUTRAS

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



**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					
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 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)

**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		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. Llenar este apartado con los datos de la ubicación principal, si hay más de una, llenar el anexo III por cada una de ellas)									
Domicilio 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 (si hay más de una, llenar el anexo III por cada una de ellas) Cantidad de equipos a asegurar: _____ % ajuste automático _____									
Módulo I. Daños materiales									
¹Deducible Daño Material <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 10%									
¹Deducible Robo <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20%									
Cobertura básica Formas de aseguramiento									
<input type="checkbox"/> ² Global 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 \$ _____									
<input type="checkbox"/> ³ Por equipo 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 \$ _____									
Coberturas adicionales									
<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									
Notas aplicables al Módulo I. Daños materiales									
¹ El deducible aplica sobre la suma asegurada del equipo.									
² Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada de los cinco equipos con mayor valor.									
³ 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 de¹:									
<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

- ¹ El deducible mínimo está en Días de Salario Mínimo General Vigente en el Ciudad de México (DSMGVDF).
- ² 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.
- ³ Solo aplica para la opción límite único para todos los equipos.
- ⁴ 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 periodos 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 escribanos a: axasoluciones@axa.com.mx

**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

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			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? Especifique: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre y porcentaje de participación			
Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			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)
1°					
2°					
3°					

*Cargo a: **d** = tarjeta **d**ébito, **c** = tarjeta **c**rédito, **ch** = cuenta de **c**heques.



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.



**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											
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							

**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
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								
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
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								
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
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								
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
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								



**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
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							



**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		Nacionalidad		
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											
1Deducible Daño Material <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 10%											
1Deducible Robo <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20%											



**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**

- ☐ ²Global Suma asegurada de todos los equipos \$ _____ (mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)
☐ Límite máximo de responsabilidad \$ _____
- ☐ ³Por 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 materiales¹ El deducible aplica sobre la suma asegurada del equipo.² Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada de los cinco equipos con mayor valor.³ 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 de¹:**

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

Cobertura básica**Formas de aseguramiento**

- ☐ ²Límite único para todos los equipos Suma asegurada de todos los equipos \$ _____ ☐ ³Sublímite por equipo \$ _____
☐ ⁴Límite 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			



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

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

² 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.

³ Solo aplica para la opción límite único para todos los equipos.

⁴ 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									