

RESPONSABILIDAD CIVIL

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

ESTACIONAMIENTO

Este seguro ampara al asegurado, sus empleados y trabajadores por los daños a terceros derivados de servicios como estacionamientos, pensiones de automóviles o talleres automotrices.

BENEFICIOS

Amparamos las responsabilidades del asegurado y de sus empleados, derivadas de sus actividades en los inmuebles propios y arrendados.

- Ofrecemos la opción de contratarlo como riesgo principal de la actividad o como riesgo accesorio.
- Flexible para cualquier tipo de actividad, empresa y adaptado a las necesidades y operaciones del cliente.
- Prima personalizada a la actividad, giro de la empresa, número de cajones y suma asegurada contratada.

COBERTURAS BÁSICAS

Ampara la Responsabilidad Civil derivada de las actividades propias del estacionamiento, incluyendo el servicio de pensión:

- Como propietario o arrendatario de terrenos, edificios, locales o instalaciones utilizadas por el estacionamiento.
- La tenencia y/o uso de máquinas y equipos de trabajo.
- La posesión y/o uso de instalaciones sanitarias al servicio del estacionamiento.
- La posesión y/o mantenimiento de instalaciones de seguridad a su servicio.
- La propiedad y/o mantenimiento de instalaciones de propaganda.

COBERTURAS ADICIONALES

- Responsabilidad Civil Asumida: amparamos responsabilidades ajenas en las que el asegurado se compromete, por convenio o contrato, a sustituir al obligado original para reparar o indemnizar daños a terceros en sus personas o propiedades.





Daños

**Solicitud / Cuestionario
Talleres Automotrices y Estacionamientos como Riesgo
Principal Seguro de Responsabilidad Civil**

Datos generales

Razón social del negocio			
Ubicación del negocio		No. exterior	No. interior
Calle			
Colonia	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Código postal

Estado	Correo electrónico
--------	--------------------

Tel. particular (con clave de ciudad)	Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

<input type="checkbox"/> Expedición <input type="checkbox"/> Cotización	Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares
---	--	---

Vigencia solicitada	Desde 12:00 hrs.	Día Mes Año	Hasta 12:00 hrs.	Día Mes Año
	Medio día		Medio día	

Suma asegurada solicitada	<input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000 <input type="checkbox"/> Otra \$ _____
---------------------------	---

Datos del negocio

1. Tipo de negocio	<input type="checkbox"/> Estacionamiento con servicio de acomodadores <input type="checkbox"/> Estacionamiento sin servicio de acomodadores (autoservicio) <input type="checkbox"/> Taller automotriz
---------------------------	--

2. Características del negocio	Está perfectamente bardado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Existe control de entradas y salidas de vehículos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

3. Capacidad de automóviles del local	4. Sublímite solicitado por automóvil \$ _____
--	--

Datos para coberturas adicionales

Arrendatario

5. Sublímite por la vigencia del seguro \$ _____

6. Datos de bienes inmuebles arrendados

Domicilio del inmueble	Uso	Porcentaje en arrendamiento
		%
		%
		%

Asumida (anexar copia de los contratos o convenios que desee asegurar).



Daños

**Solicitud / Cuestionario
Talleres Automotrices y Estacionamientos como Riesgo
Principal Seguro de Responsabilidad Civil**

Datos para coberturas adicionales (continuación)

7. Relación de contratos o convenios que se deseen amparar

Empresa	Contrato o convenio

8. Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los últimos tres años

Daño ocasionado	Causa	Monto
		\$
		\$
		\$

Nota: En algunos casos la Compañía puede requerir respuesta a preguntas adicionales.

Este documento sólo 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.

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.

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

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

Lugar y Fecha

Para aspectos internos de la Compañía

Nombre y firma del solicitante	Nombre y firma del agente	Clave

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 31 de agosto de 1995, con el número C.N.S.F. OF. 06-367-I-1.1/22619 EXP. 732-7 (S-3)/1 / CONDUSEF-002428-01.