

RESPONSABILIDAD CIVIL

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

GUARDERÍAS IMSS

Este producto está dirigido a personas que operan servicios de guardería, ya sea subrogada o propia del IMSS, y desean proteger a los infantes, trabajadores y terceros de los daños que puedan sufrir o causar dentro de las instalaciones.

BENEFICIOS

Cubrimos los gastos de defensa, costos e intereses legales en materia civil que deba pagar el asegurado.

COBERTURAS BÁSICAS

- Responsabilidad civil por daños ocasionados dentro de las instalaciones donde tenga su establecimiento.
- Responsabilidad civil por daños a terceros por el suministro de comidas y bebidas.
- Responsabilidad civil de las personas a las que el asegurado confíe la dirección o administración del negocio, así como de los empleados y trabajadores, por sus actos u omisiones durante el desarrollo de sus actividades relacionadas con el giro del asegurado.
- Responsabilidad civil de los empleados y trabajadores al servicio del asegurado en caso de que, de manera accidental, ocasionen la muerte o lesiones corporales a los menores bajo su custodia o resguardo.



COBERTURAS ADICIONALES

- **Responsabilidad Civil Asumida:** responsabilidad legal asumida por el asegurado, a través de convenios o contratos, para sustituir al obligado original en la reparación o indemnización de daños a terceros en sus personas o propiedades.
- **Responsabilidad Civil del Arrendatario:** responsabilidad por daños causados a bienes arrendados propiedad de terceros que estén en poder del asegurado.
- **Responsabilidad Civil Cruzada:** responsabilidad por reclamaciones presentadas entre sí por las personas físicas o morales mencionadas como asegurados en la póliza.



Solicitud / Cuestionario

Responsabilidad Civil para Estancias Infantiles

- Datos generales

* Elija el movimiento que desea realizar:

☒ Emisión

* No. de cotización:

Fecha de registro:

23/04/2025

Campo Requerido

* Clave de agente:

Campo Requerido

* Región:

Campo Requerido

* Oficina:

Campo Requerido

* Correo electrónico:

Campo Requerido

- Datos de la póliza

* Póliza:

☐ Póliza nueva☐ Renovación

Campo requerido

* Forma de pago:

☐ Anual

Campo requerido

* Moneda:

☐ Nacional

Campo requerido

* Vigencia: desde las 12:00 hrs.



Campo Requerido

Hasta las 12:00 hrs.



Campo Requerido

* Tipo de Pago:

☐ Depósito en cuenta bancaria de AXA☐ Cargo Automático

Campo requerido

- Datos del contratante

* Tipo de persona:

- Datos del asegurado

¿El asegurado es la misma persona que el contratante? ☐ Sí ☐ No

- Datos de la ubicación

* Nombre de la estancia infantil

Campo requerido

* Número de registro

Campo requerido

* Fecha de inicio de la concesión



Campo Requerido

* Fecha de término de la concesión



Campo Requerido

* Tipo de persona:

Campo requerido

* R.F.C.

Campo Requerido

* Capacidad instalada de infantes

Campo requerido

* Capacidad ocupada

Campo requerido

* Metros cuadrados totales

Campo requerido

* Nombre del representante legal

Campo requerido

* Nombre de los propietarios o accionistas

Campo requerido

* El asegurado actúa como:

☐ Propietario

☐ Arrendatario

Campo requerido

* Nombre del director o encargado

Campo requerido

* Número de empleados

Campo requerido

¿La ubicación es la misma que la del Asegurado?

☐ Si

☐ No

 Campo Requerido

Domicilio:

* Calle:

Campo requerido

* No. exterior:

Campo requerido

No. interior:

Colonia:

Población o ciudad:

Código postal:

Campo Requerido

* Estado:

SELECCIONAR...

Campo requerido

* Delegación o municipio:

Seleccionar...

Campo requerido

Teléfono

* Número de niveles (planta baja + pisos altos)

1

* Sótanos

0

* Número de pisos que ocupa la guardería

Campo requerido

* Muros

☐ Tabique

☐ Block

☐ Ladrillo

☐ Piedra

☐ Concreto armado

☐ Mampostería

☐ Otros

Campo requerido

* Techos

☐ Concreto armado

☐ Vigueta y bovedilla de concreto

☐ Losas aligeradas

☐ Losa acero

☐ Otros

Campo requerido

- Datos del negocio

La Estancia infantil pertenece a 2:

☐ Responsabilidad Civil Estancias Infantiles SEDESOL

☐ Responsabilidad Civil Estancias Infantiles IMSS, ISSSTE o Particulares

Campo Requerido

Sumas Aseguradas

*Responsabilidad Civil inmuebles y actividades

Límite Máximo de Responsabilidad

L.U.C.

Campo requerido

Coberturas adicionales cubiertas mediante convenio expreso

☐ Responsabilidad Civil Arrendatario

☐ Responsabilidad Civil Cruzada

☐ Responsabilidad Civil Asumida

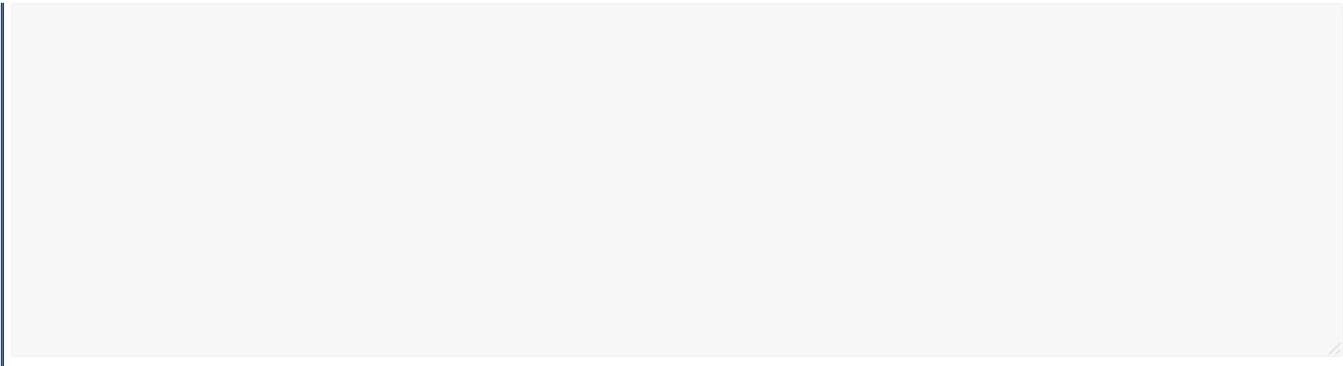
☐ Responsabilidad Civil Contratistas

La suma asegurada para esta cobertura es hasta 10% del límite asegurado en la cobertura básica de este módulo, sin exceder de 1, 000 días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

En caso de requerir incremento de suma asegurada para esta cobertura, solicítela a la Compañía proporcionando, a continuación, el nombre de las personas por quienes se asume la responsabilidad y copia de los contratos correspondientes.

☐ Recuerda que no debes ingresar el número de tarjeta (Débito o Crédito), en ninguno de los campos únicamente Token.

Observaciones:



- Nota importante

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. **Como contratante o solicitante hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá la Compañía y expresamente declaro mi conformidad con ellas.**

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 de Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines de los contratos de seguro.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa 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

Datos personales

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Av. Félix Cuevas 366, Piso 3, Tlacoquemécatl, C.P. 03200, Benito Juárez, México, CDMX, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral 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 este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. En caso de que durante la vigencia de su contrato haya existido una modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente. Usted sabe y entiende que podrá ser contactado por AXA Seguros, S.A. de C.V. para fines del seguimiento del seguro.

Nombre y Firma del cliente o representante legal_____

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros." En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma".

Sí ☐ No ☐ Firma _____

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA, por favor marque la casilla siguiente: ☐

Documentos requeridos

Presentación copias documentos para expediente

Presentar cualquiera de los siguientes documentos en original y copia:

☐ a) Identificación oficial personal:

1. Credencial de elector
2. Cédula profesional
3. Pasaporte
4. Licencia de conducir
5. Cartilla servicio militar
6. Tarjeta única de identidad militar
7. Certificado de matrícula consular
8. Credencial/Carnet IMSS
9. Tarjeta afiliación Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
10. Credencial de institución pública de educación media y media superior
11. Credencial emitida por alguna entidad federativa o estatal

Presentar cualquiera de los siguientes documentos en copia:

Coincide domicilio con el de la Identificación:

☐ Sí ☐ No (adjunte comprobante de domicilio)

☐ b) Comprbante de domicilio de la persona o del (no mayor a 3 meses)

1. Luz
2. Teléfono
3. Predial
4. Agua
5. Estado de cuenta Bancario

Presentar cualquiera de los siguientes documentos en copia:

12. Credencial para obtener recursos o apoyos de programas gubernamentales, federales, estatales o municipales.
13. Documento que acredite calidad.

- ☐ **c) Registros gubernamentales**
1. Registro Federal de Contribuyentes
2. Clave única Registro Población
3. Comprobante de inscripción para la Firma electrónica avanzada

Exclusivo para agentes de seguros – entrevista con el cliente

Con base en lo establecido en las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas publicadas el día 4 de abril de 2015 (en adelante las Disposiciones) así como con lo establecido en la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., yo agente de seguros número , bajo protesta de decir verdad, hago constar que realicé una entrevista personal con el proponente o con su apoderado legal (cuyos nombres se detallan en la primera sección de este formulario) para recabar los datos y documentos correspondientes a fin de recabar el expediente de identificación de conformidad con las Disposiciones. Asimismo, hago constar que los datos recabados fueron obtenidos directamente de una identificación personal vigente así como de cualquier otro documento de los señalados en las Disposiciones haciendo notar que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Firma del Agente

- Cargo automático

Carta autorización para cargo automático.

* Datos del tarjetahabiente (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.

* Favor de registrar No. Plástico Tokenizado

Agregar

Es necesario Registrar una forma de Pago

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

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 las primas correspondientes a la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional, 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. 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 la 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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36,36-A y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0048-0271-2012 de fecha 13 de julio de 2012.

- Datos del agente

* Nombre del Agente:

Campo Requerido

* Número de Agente:

Campo Requerido

Centro de costos:

Teléfono:

Fecha de la
* solicitud:

Campo Requerido

* Lugar de la solicitud:

* Oficina:

Campo Requerido

Campo Requerido

Nombre y firma del Cliente:

Firma del Agente:

AXA Seguros S.A. de C.V., Av. Félix Cuevas 366, Piso 3, Tlacoquemécatl, C.P. 03200, Benito Juárez, México, CDMX. Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 •
www.axa.mx • DV-346

- ☐ **Recuerda que ninguno de los archivos adjuntados debe contener el número de tarjeta (Débito o crédito), únicamente Token.**

Adjuntar Archivos
(Máximo 9MB Acumulados)

Seleccionar archivo Ningún archi...eleccionado

Nota: El recuadro de arriba cambiará a color verde si se pudo adjuntar el archivo
Debes seleccionar la opción "Recuerda que ninguno..." para enviar la solicitud

Cerrar

Enviar