

RESPONSABILIDAD CIVIL

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

INDUSTRIA Y COMERCIO

Este seguro ampara los daños, perjuicios y daño moral que el asegurado cause a terceros y por los que deba responder, con un límite en la suma asegurada contratada, así como los gastos de defensa correspondientes.

BENEFICIOS

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

- Flexible para cualquier tipo de actividad, empresa y adaptado a las necesidades y operaciones del cliente.
- Deducible sobre el monto de la reclamación, o incluso sin deducible.
- Prima personalizada a la actividad, giro de la empresa, volumen de ventas o ingresos y suma asegurada contratada.

Gastos de defensa legal cubiertos de forma adicional, hasta por 50% de la suma asegurada contratada.

COBERTURAS BÁSICAS

- Ampara la Responsabilidad Civil legal derivada de las actividades propias del negocio.
- 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

Se podrá contratar de manera adicional, las siguientes responsabilidades:

- Arrendatario.
- Asumida.
- Cruzada.
- Estacionamiento de automóviles.
- Productos y/o trabajos terminados.
- Unión, mezcla y/o transformación de productos.
- Productos de exportación.
- Contratistas independientes.
- Carga y descarga.





Daños

Cuestionario / Solicitud Para Riesgos de Farmacéutica, Veterinaria y Cosmética Seguro de Responsabilidad Civil General

Datos del Asegurado

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

Domicilio

Calle

No. exterior	No. interior	Colonia	Alcaldía o municipio	Código postal
--------------	--------------	---------	----------------------	---------------

Población o ciudad Estado Correo electrónico

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

Actividad o giro

Expedición Cotización **Forma de pago** Mensual Trimestral Semestral Anual Otros _____

Vigencia solicitada	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Desde					Hasta		

Suma Asegurada que solicita:

\$100,000 M.N. \$250,000 M.N. \$500,000 M.N.
 \$1,000,000 M.N. Otra cantidad

Naturaleza y amplitud

Descripción de la línea de productos

Producto terminado Componente químico

Clasifique:

Receta médica Productos para diagnóstico Venta libre por mostrador Productos nuevos en el mercado
 Producto veterinario Variaciones de otros productos Material de curación

Describalos

Ventas y Distribución del Producto

Regional Nacional Extranjero

Porcentaje de ventas a:

Hospitales y a profesionales % Menudeo % Distribuidores % Otros %

Describalos

Volumen de Ventas (agregue 1 hoja adicional si es necesario)

Producto	1er. Año inmediato anterior Unidades Pesos	2o. Año inmediato anterior Unidades Pesos	3er. Año inmediato anterior Unidades Pesos
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$



**Cuestionario / Solicitud
Para Riesgos de Farmacéutica, Veterinaria y Cosmética
Seguro de Responsabilidad Civil General**

Descripción de la actividad			
<input type="checkbox"/> Distribuidor <input type="checkbox"/> Reempacador <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Etiquetador			
Transformador de los productos de otros (en su caso, dé porcentajes de cada actividad)			
Desarrollo de productos			
Las fórmulas son elaboradas por:			
<input type="checkbox"/> El Solicitante <input type="checkbox"/> Consultores externos <input type="checkbox"/> Proveedores extranjeros de tecnología			
Identifíquelo			
<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Otros (identifíquelo) _____			
Normas y reglamentos			
¿El solicitante está registrado en la S.S.A.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Todos los productos mencionados están registrados en la S.S.A.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Nuevos productos en experimentación?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Productos descontinuados, corregidos o retirados del mercado			
Suministro de materias primas			
Proveedores extranjeros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Proveedores nacionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha otorgado convenios por los que libere de responsabilidad a sus proveedores?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se cerciora usted que sus proveedores demuestren que cuentan con Seguro de Responsabilidad General con cobertura de Responsabilidad Civil por Productos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Control de prevención de pérdidas			
Medidas preventivas			
Existen procedimientos de Control de Calidad por escrito			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se tiene número de lote u otra forma de identificación			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Existen controles sobre contaminación interna			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Describa los riesgos de mezclas o confusiones			
Se llevan a cabo pruebas clínicas adecuadas y previas al lanzamiento al mercado			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se usan tapones de seguridad (por ejemplo, a prueba de niño)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Instrucciones de uso para el consumidor			
Etiquetas aprobadas por la S.S.A.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se proporcionan instrucciones precisas de uso?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se indican antídotos para caso necesario y contraindicaciones?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se efectúa Control de Calidad de entrada de materias primas o componentes?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Daños

Cuestionario / Solicitud
Para Riesgos de Farmacéutica, Veterinaria y Cosmética
Seguro de Responsabilidad Civil General

Ubicación, actividad y colindancias de cada planta de producción

Indique si la actividad de las Plantas de Producción puede provocar contaminación ambiental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

En caso de desear el Seguro Adicional de R.C. por Riesgos de Contaminación, requírese Cuestionario Especial Adicional

Indique

Estimación de ventas para el año en curso \$ _____

Número de personas que trabajan en la industria (incluya oficinistas, vendedores o comisionistas, familiares que laboren aunque no devenguen salario) _____

Riesgos en el extranjero

Viajes de asesoría, promoción de ventas, capacitación, participación en ferias o exposiciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trabajos de instalación, mantenimiento, servicios post-venta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Exporta productos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso de respuesta positiva a las tres preguntas anteriores y de desear la cobertura adicional correspondiente:

Indique motivos y países en las dos primeras preguntas

Indique, por país de destino de la exportación:

País	Producto	Presupuesto Año Próximo	Presupuesto Año Actual	Venta Año Anterior
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

Si lo prefiere, puede agrupar los países en la siguiente forma:

1er. Grupo: EE. UU. y Canadá	3er. Grupo: Países Latinoamericanos
2o. Grupo: Europa Occidental y Japón	4o. Grupo: Otros países

Indique si ocupa inmueble(s) arrendado(s), su ubicación y uso que hace de él(ellos)

Domicilio	Uso

Desea la Cobertura Adicional correspondiente Sí No



Daños

Cuestionario / Solicitud
Para Riesgos de Farmacéutica, Veterinaria y Cosmética
Seguro de Responsabilidad Civil General

Indique si ha celebrado Contratos o Convenios en los que estipule sustitución de Obligado Original para indemnizar daños a terceros		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desea la Cobertura Adicional correspondiente		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)			
Nota importante			
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 escribanos 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 .			
Nombre y firma del Solicitante	Nombre y 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 25 de enero de 1984, con el número CNSF Of. 06533 Exp. 732.7 (S-3)/CONDUSEF-002504-01.			



Daños
Cuestionario / solicitud
especial para la cobertura de daños por la carga para
empresas que transporten materiales y/o sustancias peligrosas
seguro de responsabilidad civil general

Datos del asegurado

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social								
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior					
Colonia	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Código postal					
Estado	Giro y/o actividad	Correo electrónico						
Tel. particular (con clave de ciudad)	Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)						
Suma asegurada \$ _____	Vigencia Desde (12 horas)	día	mes	año	Hasta (12 horas)	día	mes	año

Tipo de sustancias y/o materiales que se transportan

- I. Marque el tipo de sustancia y/o material que transporta.
- II. Indique el porcentaje de las sustancias y/o materiales que transporta.
- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. Explosivos. | <input type="checkbox"/> | % |
| 2. Gases comprimidos, refrigerados, licuados o disueltos a presión. | <input type="checkbox"/> | % |
| 3. Líquidos inflamables. | <input type="checkbox"/> | % |
| 4. Sólidos inflamables. | <input type="checkbox"/> | % |
| 5. Óxidos y peróxido orgánicos. | <input type="checkbox"/> | % |
| 6. Tóxicos agudos (venenos) y agentes infecciosos. | <input type="checkbox"/> | % |
| 7. Radioactivos. | <input type="checkbox"/> | % |
| 8. Corrosivos. | <input type="checkbox"/> | % |
| 9. Varios. | <input type="checkbox"/> | % |

Nota: El total de los porcentajes de las sustancias transportadas debe ser el 100%.

Cantidad de sustancia y/o material transportado (toneladas)

A. Por embarque	B. Mensualmente
-----------------	-----------------

Medios de transporte

	Tipo	No. motor	Serie	Modelo	Placas	Capacidad
1						
2						
3						
4						



**Daños
Cuestionario / solicitud
especial para la cobertura de daños por la carga para
empresas que transporten materiales y/o sustancias peligrosas
seguro de responsabilidad civil general**

Rutas de circulación (especificar puntos donde se circula por ciudades)

1	
2	
3	
4	

Indique la experiencia de siniestros o reclamaciones durante los últimos cinco años por Responsabilidad Civil Daños por la Carga.

Fecha	Monto	Causa	Situación actual del siniestro

Nota: Es indispensable requisitar toda la información detallada, en caso necesario anexe hoja complementaria.

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.

Firma del Agente	Lugar y fecha



Daños

**Cuestionario / Solicitud
Seguro de Responsabilidad Civil General
para industrias químicas**

Datos del asegurado

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

Domicilio

Calle

No. exterior	No. interior	Colonia	Alcaldía o municipio	Código postal
Población o ciudad		Estado	Correo electrónico	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)	

Actividad o giro

<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 <input type="checkbox"/> Otros _____				
Vigencia solicitada		día	mes	año	día	mes	año
Desde							
Hasta							

Suma asegurada que solicita:

<input type="checkbox"/> \$100,000 M.N.	<input type="checkbox"/> \$250,000 M.N.	<input type="checkbox"/> \$500,000 M.N.
<input type="checkbox"/> \$1,000,000 M.N.	<input type="checkbox"/> Otra cantidad _____	

Naturaleza y amplitud

Descripción de la línea de productos

<input type="checkbox"/> Producto terminado	<input type="checkbox"/> Componente o producto químico intermedio
---	---

Clasifique:

<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Producto final	<input type="checkbox"/> Otros
-------------------------------------	---	--------------------------------

Describalos

Volumen de ventas de los productos (agregue una hoja adicional si es necesario)

	Presupuesto año actual		1er. año anterior		2o. año anterior	
Producto	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos

Descripción de la actividad

<input type="checkbox"/> Fabricante	<input type="checkbox"/> Distribuidor	<input type="checkbox"/> Reempacador
<input type="checkbox"/> Etiquetador	<input type="checkbox"/> Transformador de productos de otros	

En su caso, indique los porcentajes de cada actividad

¿Proporciona servicio al mercado? Sí No



**Cuestionario / Solicitud
Seguro de Responsabilidad Civil General
para industrias químicas**

Formulación de productos

Los diseños y/o fórmulas son hechos por:

El solicitante Consultores externos Especificación de los clientes de productos de otros

Los productos son:

Partes de un catálogo Variaciones de productos catalogados
 Productos químicos comunes Productos exclusivos o elaborados con fórmula especial

Control de prevención de pérdidas

Medidas preventivas

Existen procedimientos escritos de control de calidad

Sí No

Los productos tienen números de serie, de lotes, etc. y son identificables

Sí No

Se efectúa control de calidad de entrada de materias primas o componentes

Sí No

Se hacen pruebas adecuadas previas a la entrega al mercado

Sí No

Instrucciones de uso o consumo (anexe literatura, instructivos y muestras de etiquetas)

Sí No

¿Se provee literatura sobre el producto?

Sí No

¿Las etiquetas identifican adecuadamente el contenido?

Sí No

¿Las etiquetas indican los antídotos en caso necesario?

Sí No

¿Se conservan muestras de los productos?

Sí No

Potencial de pérdidas

Riesgos del producto

Describa los riesgos del producto

Posibles consecuencias de fallas

El producto es:

Muy tóxico Irritante Corrosivo Inflamable Explosivo Radioactivo

Otras características

Ubicación, actividad y colindancias de cada planta de producción

Indique si la actividad de las plantas de producción puede provocar contaminación ambiental Sí No

En caso de desear el Seguro Adicional de R.C. por Riesgos de Contaminación requisite Cuestionario Especial Adicional



Daños

**Cuestionario / Solicitud
Seguro de Responsabilidad Civil General
para industrias químicas**

Indique

Estimación de ventas para el año en curso \$ _____

Número de personas que trabajan en la Industria (incluya oficinistas, vendedores o comisionistas, familiares que laboren aunque no devenguen salario) _____

Riesgos en el extranjero

Viajes de asesoría, promoción de ventas, capacitación, participación en ferias o exposiciones Sí No

Trabajos de instalación, mantenimiento, servicios post-venta Sí No

Exporta productos Sí No

En caso de respuesta positiva a las tres preguntas anteriores, y de desear la cobertura adicional correspondiente:

Indique motivos y países en las dos primeras preguntas

Indique, por país de destino de la exportación

País	Producto	Presupuesto Año Próximo	Presupuesto Año Actual	Venta Año Anterior
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

Si lo prefiere, puede agrupar los países en la siguiente forma:

1er. Grupo: EE.UU. y Canadá 3er. Grupo: Países Latinoamericanos

2o. Grupo: Europa Occidental y Japón 4o. Grupo: Otros países

Indique si ocupa inmueble(s) arrendado(s), su ubicación y uso que hace de él (ellos)

Domicilio	Uso

¿Desea la Cobertura Adicional correspondiente? Sí No

Indique si ha celebrado Contratos o Convenios en los que estipule sustitución de Obligado Original para indemnizar daños a terceros Sí No

¿Desea la Cobertura Adicional correspondiente? Sí No



Daños

**Cuestionario / Solicitud
Seguro de Responsabilidad Civil General
para industrias químicas**

Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)

Nota importante

En algunos casos la Compañía puede requerir respuesta a preguntas adicionales

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.

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 escribanos a: axasoluciones@axa.com.mx

Condusef: Av. Insurgentes Sur #762, col. Del Valle, Cd. de México, C.P. 03100, C.P. 03100, Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx

Nombre y firma del Solicitante	Nombre y 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 25 de enero de 1984, con el número CNSF Of. 06533 Exp. 732.7 (S-3)/1 /CONDUSEF-002504-01.



Daños

Cuestionario / Solicitud
para Industrias Seguro de Responsabilidad Civil General

Para industrias químicas, farmacéuticas y de cosméticos se requieren cuestionarios especiales

Datos del asegurado

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

Domicilio

Calle

No. exterior	No. interior	Colonia	Alcaldía o municipio	Código postal
Población o ciudad		Estado	Correo electrónico	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)	

Actividad o giro

<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	<input type="checkbox"/> Otros _____
-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Vigencia solicitada	día	mes	año	día	mes	año
Desde				Hasta		

Suma asegurada que solicita:

<input type="checkbox"/> \$100,000 M.N.	<input type="checkbox"/> \$250,000 M.N.	<input type="checkbox"/> \$500,000 M.N.
<input type="checkbox"/> \$1,000,000 M.N.	<input type="checkbox"/> Otra cantidad _____	

Tipo de industria

<input type="checkbox"/> Taller artesanal o pequeña industria	<input type="checkbox"/> Mediana o gran industria
---	---

Describa la actividad industrial

Adicionalmente al giro principal realiza:

¿Servicios post-venta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Comercio por venta directa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Trabajos de instalación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Servicios de mantenimiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Servicios de reparación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Participación en ferias y exposiciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Fabricación, almacenamiento o venta de explosivos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Labores de carga o descarga de vehículos terrestres ajenos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Descarga de tanques (pipas) o contenedores ajenos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras, descríbalas		
Desea excluir seguro de R.C. por productos y por trabajos terminados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Ubicación, actividad y colindancias de cada planta de producción

Verifique si la actividad de las plantas de producción puede provocar contaminación ambiental Sí No

En caso de desear el Seguro Adicional de R.C. por Riesgos de Contaminación, requisite Cuestionario Especial Adicional

Indique

Estimación de ventas para el año en curso \$ _____

Número de personas que trabajan en la Industria (incluya oficinistas, vendedores o comisionistas, familiares que laboren aunque no devenguen salario) _____

Riesgos en el Extranjero

Viajes de asesoría, promoción de ventas, capacitación, participación en ferias o exposiciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trabajos de instalación, mantenimiento, servicios post-venta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Exporta productos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso de respuesta positiva a las tres preguntas anteriores y de desear la cobertura adicional correspondiente:

Indique motivos y países en las dos primeras preguntas

Indique, por país de destino de la exportación

País	Producto	Presupuesto Año Próximo	Presupuesto Año Actual	Venta Año Anterior
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

Si lo prefiere, puede agrupar los países en la siguiente forma:

1er. Grupo: EE.UU. y Canadá 3er. Grupo: Países Latinoamericanos

2o. Grupo: Europa Occidental y Japón 4o. Grupo: Otros países

Indique si ocupa inmueble(s) arrendado(s), su ubicación y uso que hace de él (ellos)

Domicilio	Uso

Desea la Cobertura Adicional correspondiente

Sí No



Daños

**Cuestionario / Solicitud
para Industrias Seguro de Responsabilidad Civil General**

Indique si ha celebrado Contratos o Convenios en los que estipule sustitución de Obligado Original para indemnizar daños a terceros		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Desea la Cobertura Adicional correspondiente?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)		
Nota importante		
En algunos casos la Compañía puede requerir respuesta a preguntas adicionales		
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.		
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 escribanos a: axasoluciones@axa.com.mx		
Condusef: Av. Insurgentes Sur #762, col. Del Valle, Cd. de México, C.P. 03100, C.P. 03100, Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx		
Nombre y firma del Solicitante	Nombre y 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 25 de enero de 1984, con el número CNSF Of. 06533 Exp. 732.7(S-28)/1 / CONDUSEF-002504-01.		



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx



Daños

Cuestionario / Solicitud
Seguro de Responsabilidad Civil General
para riesgos comerciales

Datos del asegurado

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

Domicilio

Calle

No. exterior	No. interior	Colonia	Alcaldía o municipio	Código postal
Población o ciudad		Estado	Correo electrónico	
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)	Tel. celular (con clave de ciudad)	

Actividad o giro

<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 <input type="checkbox"/> Otros _____				
Vigencia solicitada		día	mes	año	día	mes	año
Desde							
Hasta							

Suma asegurada que solicita:

\$100,000 M.N. \$250,000 M.N. \$500,000 M.N.
 \$1,000,000 M.N. Otra cantidad _____

Giro específico del comercio

<input type="checkbox"/> Mayoreo <input type="checkbox"/> Menudeo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Adicionalmente al giro principal realiza:		
¿Envase o reenvase de mercancías?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Entregas o trabajos a domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Describa otras actividades adicionales?: _____		

Indique

Estimación de ventas para el año en curso \$ _____
--

Número de personas que trabajan en el comercio (incluya oficinistas, vendedores o comisionistas, familiares que laboren aunque no devenguen salario) _____

Indique si ocupa inmueble(s) arrendado(s), su ubicación y uso que hace de él (ellos)

Domicilio	Uso



Daños

**Cuestionario / Solicitud
Seguro de Responsabilidad Civil General
para riesgos comerciales**

Desea excluir Seguro de R.C. por productos o trabajos terminados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Almacena o vende materias explosivas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Realiza labores de carga o descarga de vehículos terrestres ajenos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Realiza descargas de tanques (pipas) o contenedores ajenos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)

Nota importante

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

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.

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, C.P. 03100, Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx

Nombre y firma del Solicitante	Nombre y 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 25 de enero de 1984, con el número CNSF Of. 06533 Exp. 732.7 (S-3)/CONDUSEF-002504-01.



Solicitud/Cuestionario para empresas de construcción Seguro de Responsabilidad Civil General

Datos generales

Solicitante o proponente

Domicilio Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal				
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado		Correo electrónico					
Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)					
Domicilio de cobro Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal				
Alcaldía o municipio		Población o ciudad		Estado					
Actividad o giro		<input type="checkbox"/> Expedición <input type="checkbox"/> Cotización		Frecuencia de pago:	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual				
Vigencia Desde las 12 hrs.	Día	Mes	Año	Hasta las 12 hrs.		Día	Mes	Año	
Suma asegurada que solicita:				<input type="checkbox"/> \$ 100,000 pesos	<input type="checkbox"/> \$ 250,000 pesos	<input type="checkbox"/> \$ 500,000 pesos			
				<input type="checkbox"/> \$ 1,000,000 pesos	<input type="checkbox"/> Otra cantidad \$ _____ pesos				

Seguro anual

1. Indique los ramos de construcción que ha trabajado durante los últimos tres años.

No

Reparaciones que afecten elementos estructurales

□ □

1

Apuntalamientos

□

Demoliciones

1

Obras con empleos de explosivos

□

Pilotajes

□ □

Cimentación

□ □

Excavació

□ □

Otros (describálos):

2. Indique si estima que en el futuro realice obras distintas a las que ha efectuado. Señale cuáles: _____

En caso de que desee que la responsabilidad del riesgo de subcontratista sea incluida en el seguro, proporcione, por cada subcontratista, la información a que se refiere este cuestionario:

4. Indique si participa en consorcio de construcción:

5. Indique volumen anual de obras (valor de los contratos) durante el año anterior y estimación para el año en curso:

5



**Solicitud/Cuestionario
para empresas de construcción
Seguro de Responsabilidad Civil General**

Seguro por obra

1. Describa la obra por realizar:

El sitio de los trabajos: _____

Colindantes: _____

Sistemas previstos para evitar daños: _____

2. Indique experiencia con la que cuenta para la obra a realizar: _____

3. Indique duración _____

Valor estimado de la obra \$ _____

Para quién la realiza: _____

4. Indique tipo de maquinaria de construcción a emplear

Propia Arrendada Con operador Sin operador

5. Indique el carácter con el que interviene en la obra:

Sí No

Por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratista principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subcontratista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participante en consorcio de construcción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros _____

Seguro anual y seguro por obra

1. Indique experiencia en siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)

Nota: En algunos casos la compañía requerirá fotocopia de contratos y planos.



**Solicitud/Cuestionario
para empresas de construcción
Seguro de Responsabilidad Civil General**

Nota importante

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 escribanos 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

Nombre y firma del Solicitante	Nombre y 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 25 de enero de 1984, con el número CNSF Of. 06533 Exp. 732.7 (S-3)/1/CONDUSEF-002504-01.



**Solicitud / Cuestionario
Adicional para Riesgos de Contaminación
Seguro de Responsabilidad Civil General**

Contestar todas las preguntas

1. Materias que se almacenan o se emplean en el proceso de producción en la Empresa, susceptibles de causar daño al medio ambiente:

- a) Tipo y denominación: _____
- b) Cantidad: _____
- c) Recipientes: _____
Características: _____
- d) Capacidad de almacenamiento: _____
- d) Lugar de depósito: _____

2. Emisiones que se originan en el proceso de producción:

2.1 Tipo de emisiones que se originan en el proceso de producción: _____

2.2 Valores que alcanzan: _____

2.3 ¿Se producen ocasionalmente emisiones masivas por necesidades de la explotación?

En caso de conexiones: Sí No

Procesos de regeneración: Sí No

2.4 Desviaciones respecto al punto 2.2: _____

3. Tipos de residuos susceptibles de causar daños al medio ambiente, que se originan por el proceso de producción:

Petróleo o sus derivados: Sí No Gases: Sí No Polvos: Sí No Lodos: Sí No

Aguas negras: Sí No Otros (especifique): _____

4. Indique cómo se efectúa el almacenamiento (previo a la eliminación) de los residuos:

5. Indique (en caso de hacerlo) cómo se efectúa la eliminación de residuos:

6. Indique los equipos/instalaciones con que cuenta para la prevención o el control de la contaminación:

Filtros Instalaciones de purificación

Señale el requerimiento de energía eléctrica para el completo funcionamiento de dichos equipos: _____

6.1 Indique con qué capacidad generadora eléctrica de emergencia cuenta exclusivamente para dichos equipos e instalaciones:

Indique características de dicha capacidad generadora: _____

6.2 Indique equipo/instalaciones de que carece, según las disposiciones de la legislación de la materia o según las autoridades competentes:



**Solicitud / Cuestionario
Adicional para Riesgos de Contaminación
Seguro de Responsabilidad Civil General**

7. En caso de contar con cisternas, depósitos o tanques, proporcione la siguiente información:

7.1 Indique si en las proximidades existen

Reservas naturales de agua: Sí No Reservas artificiales de agua: Sí No

Balnearios: Sí No Otros (especifique): _____

7.2 Respecto de las cisternas, depósitos o tanques, indique:

Número: _____

Materias contenidas: _____

Antigüedad: _____

Situación: _____

Sobre la superficie: Sí No Subterránea: Sí No

Capacidad (en sistema métrico decimal): _____

8. En caso de contar con tuberías, conducciones o ductos, indique:

8.1 Ubicación respecto del recinto de la Empresa: Dentro Fuera

8.2 Describalas: _____

Indique materias conducidas: _____

Indique longitud y emplazamiento: _____

9. Controles sobre los equipos/installaciones/plantas generadoras/tuberías

9.1 Describa controles y vigilancia de estado/funcionamiento: _____

9.2 Describa periodicidad de mantenimiento: _____

Cuenta con registros o archivos de mantenimiento: Sí No

9.3 En caso de tener una persona exclusivamente responsable de estos controles, indique: _____

Nombre: _____

Puesto: _____

Calificación técnica: _____

Firma del Solicitante	Firma del Agente	Lugar y Fecha

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.



**Solicitud / Cuestionario
Adicional para Riesgos de Contaminación
Seguro de Responsabilidad Civil General**

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

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 25 de enero de 1984, con el número CNBS-Of. 06533 Exp. 7327 (S-3)/1 /CONDUSEF-002504-01.



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx