

## **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.



**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				
<b>Domicilio</b> 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	<b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otros _____		
<b>Vigencia solicitada</b>				
Desde		Día	Mes	Año
Hasta		Día	Mes	Año
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 _____		
<b>Naturaleza y amplitud</b>				
<b>Descripción de la línea de productos</b>				
<input type="checkbox"/> Producto terminado <input type="checkbox"/> Componente químico				
Clasifique:				
<input type="checkbox"/> Receta médica <input type="checkbox"/> Productos para diagnóstico <input type="checkbox"/> Venta libre por mostrador <input type="checkbox"/> Productos nuevos en el mercado				
<input type="checkbox"/> Producto veterinario <input type="checkbox"/> Variaciones de otros productos <input type="checkbox"/> Material de curación				
Describalos				
<b>Ventas y Distribución del Producto</b>				
<input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero				
Porcentaje de ventas a:				
Hospitales y a profesionales _____ %		Menudeo _____ %		Distribuidores _____ % Otros _____ %
Describalos				
<b>Volumen de Ventas (agregue 1 hoja adicional si es necesario)</b>				
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**

<b>Descripción de la actividad</b>		
<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)		
<b>Desarrollo de productos</b>		
Las fórmulas son elaboradas por:		
<input type="checkbox"/> El Solicitante <input type="checkbox"/> Consultores externos <input type="checkbox"/> Proveedores extranjeros de tecnología		
Identifíquelos		
<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Otros (identifíquelos) _____		
<b>Normas y reglamentos</b>		
¿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 discontinuados, corregidos o retirados del mercado		
<b>Suministro de materias primas</b>		
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
<b>Control de prevención de pérdidas</b>		
<b>Medidas preventivas</b>		
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
<b>Instrucciones de uso para el consumidor</b>		
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



**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 ☐ Sí ☐ No

En caso de desear el Seguro Adicional de R.C. por Riesgos de Contaminación, requisiere 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 ☐ Sí ☐ NoTrabajos de instalación, mantenimiento, servicios post-venta ☐ Sí ☐ NoExporta 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



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

<b>Indique si ha celebrado Contratos o Convenios en los que estipule sustitución de Obligado Original para indemnizar daños a terceros</b>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desea la Cobertura Adicional correspondiente		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)</b>			
<b>Nota importante</b>			
En algunos casos la Compañía puede requerir respuesta a preguntas adicionales			
<b>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.</b>			
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.			
<b>Unidad Especializada de Atención a Quejas:</b> 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			
<b>Condusef:</b> 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.			
<b>Nombre y firma del Solicitante</b>	<b>Nombre y firma del Agente</b>	<b>Lugar y fecha</b>	
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**  
**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		Hasta		
\$		Desde		(12 horas)		
		día mes año		día mes año		
		(12 horas)		(12 horas)		
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			
<small>Indique la experiencia de siniestros o reclamaciones durante los últimos cinco años por Responsabilidad Civil Daños por la Carga.</small>			
Fecha	Monto	Causa	Situación actual del siniestro
<small>Nota: Es indispensable requisitar toda la información detallada, en caso necesario anexe hoja complementaria.</small>			
<small>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.</small>			
Firma del Agente		Lugar y fecha	



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

Datos del asegurado						
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social						
<b>Domicilio</b>						
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		<b>Forma de pago</b>		
				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otros _____		
<b>Vigencia solicitada</b>						
Desde		día	mes	año	Hasta	día mes año
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						
Descríbalos						
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						



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

<b>Formulación de productos</b>		
Los diseños y/o fórmulas son hechos por:		
<input type="checkbox"/> El solicitante	<input type="checkbox"/> Consultores externos	<input type="checkbox"/> Especificación de los clientes de productos de otros
Los productos son:		
<input type="checkbox"/> Partes de un catálogo	<input type="checkbox"/> Variaciones de productos catalogados	
<input type="checkbox"/> Productos químicos comunes	<input type="checkbox"/> Productos exclusivos o elaborados con fórmula especial	
<b>Control de prevención de pérdidas</b>		
<b>Medidas preventivas</b>		
Existen procedimientos escritos de control de calidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Los productos tienen números de serie, de lotes, etc. y son identificables	<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
Se hacen pruebas adecuadas previas a la entrega al mercado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Instrucciones de uso o consumo (anexe literatura, instructivos y muestras de etiquetas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se provee literatura sobre el producto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Las etiquetas identifican adecuadamente el contenido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Las etiquetas indican los antídotos en caso necesario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se conservan muestras de los productos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Potencial de pérdidas</b>		
Riesgos del producto		
Describa los riesgos del producto		
Posibles consecuencias de fallas		
El producto es:		
<input type="checkbox"/> Muy tóxico	<input type="checkbox"/> Irritante	<input type="checkbox"/> Corrosivo
<input type="checkbox"/> Inflamable	<input type="checkbox"/> Explosivo	<input type="checkbox"/> Radioactivo
Otras características		
<b>Ubicación, actividad y colindancias de cada planta de producción</b>		
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 requisiite Cuestionario Especial Adicional		

**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			<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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Indique si ha celebrado Contratos o Convenios en los que estipule sustitución de Obligado Original para indemnizar daños a terceros</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Desea la Cobertura Adicional correspondiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				



**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](http://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)

**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](mailto: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.

**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	<b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otros _____
-------------------------------------	-------------------------------------	---

<b>Vigencia solicitada</b>	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**☐ Taller artesanal o pequeña industria ☐ 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 ☐ Sí ☐ No

**Cuestionario / Solicitud  
para Industrias Seguro de Responsabilidad Civil General****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, requisiere 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 ☐ Sí ☐ NoTrabajos de instalación, mantenimiento, servicios post-venta ☐ Sí ☐ NoExporta productos ☐ Sí ☐ NoEn 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

**Desear la Cobertura Adicional correspondiente** ☐ Sí ☐ No

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

<b>Indique si ha celebrado Contratos o Convenios en los que estipule sustitución de Obligado Original para indemnizar daños a terceros</b>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Desea la Cobertura Adicional correspondiente?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)</b>			
<b>Nota importante</b>			
En algunos casos la Compañía puede requerir respuesta a preguntas adicionales			
<b>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.</b>			
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 <a href="http://axa.mx">axa.mx</a>			
<b>Unidad Especializada de Atención a Quejas:</b> 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: <a href="mailto:axasoluciones@axa.com.mx">axasoluciones@axa.com.mx</a>			
<b>Condusef:</b> 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, <a href="mailto:asesoria@condusef.gob.mx">asesoria@condusef.gob.mx</a>			
<b>Nombre y firma del Solicitante</b>	<b>Nombre y firma del Agente</b>	<b>Lugar y fecha</b>	
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**



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

Datos del asegurado									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social									
<b>Domicilio</b> 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		<b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otros _____					
<b>Vigencia solicitada</b>									
Desde		día		mes		año		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 _____							
Giro específico del comercio									
<input type="checkbox"/> Mayoreo <input type="checkbox"/> Menudeo									
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:?									
<b>Indique</b>									
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				



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

<b>Desea excluir Seguro de R.C. por productos o trabajos terminados</b>	<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
<b>Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los tres últimos años (detalle los daños ocasionados, sus causas y montos)</b>		

--

<b>Nota importante</b>
------------------------

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

<b>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.</b>
--

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
---

<b>Unidad Especializada de Atención a Quejas:</b> 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
---

<b>Condusef:</b> 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.
---



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

**Datos generales**

Solicitante o proponente															
<b>Domicilio</b> 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)							
<b>Domicilio de cobro</b> 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				<b>Frecuencia de pago:</b> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual							
<b>Vigencia</b> 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.

	Sí	No
Reparaciones que afecten elementos estructurales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuntalamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoliciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obras con empleos de explosivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilotajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excavación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros (describalos): \_\_\_\_\_

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

3. Indique si emplea subcontratistas y, en caso afirmativo, señale quiénes son, qué tipo de trabajo subcontrata y cuáles son sus criterios de selección: \_\_\_\_\_

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: \$ \_\_\_\_\_



**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

☐☐

Contratista principal

☐☐

Subcontratista

☐☐

Participante en consorcio de construcción

☐☐

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.**

DV-257-7 • ABRIL 2017



**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](http://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](mailto: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](mailto: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.



**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: \_\_\_\_\_  
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 que 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 ☐

Bañeros: 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** Descríbalas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique materias conducidas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique longitud y emplazamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9.** Controles sobre los equipos/instalaciones/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](http://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](mailto: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](mailto: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**