

RESPONSABILIDAD CIVIL

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Amparamos al asegurado en situaciones que causen daño al cliente durante el ejercicio de su actividad profesional.

ERRORES U OMISIONES DE AGENTES DE SEGUROS



BENEFICIOS

- Minimiza las pérdidas económicas del agente en caso de daños causados durante su actividad.
- Ofrecemos un respaldo financiero para compensar los daños ocasionados por los empleados del agente durante el ejercicio de sus funciones relacionadas con la intermediación de seguros y/o fianzas.

COBERTURAS BÁSICAS

Este seguro ampara:

- Responsabilidad profesional por daños directos al patrimonio del tercero.
- Responsabilidad por pérdida o destrucción de documentos.
- Responsabilidad de empleados o trabajadores y gastos de defensa.





reinventando / los seguros

Solicitud / Cuestionario Agentes de Seguros y Fianzas

- Datos generales

* Elija el movimiento que desea realizar:

☒ Emisión

* No. de cotización:

Fecha de registro:

23/04/2025

Campo Requerido

* Clave de agente:

* Región:

Seleccionar...

* Oficina:

Seleccionar...

Campo Requerido

Campo Requerido

Campo Requerido

* Correo electrónico:

Campo Requerido

- Datos de la póliza

* Póliza:

☐ Póliza nueva

☐ Renovación

Campo requerido

* Forma de pago:

☒ Anual

☐ Semestral

☐ Trimestral

☐ Mensual

* Moneda:

☐ Nacional

☐ Dólares

Campo requerido

* Vigencia: desde las 12:00 hrs.

Hasta las 12:00 hrs.

Campo Requerido

Campo Requerido

- Datos del contratante

* Tipo de persona: Seleccionar...

- Datos del asegurado

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

- Datos del negocio

* Suma Asegurada que solicita:

☐ \$250,000.00 LUC

☐ \$500,000.00 LUC

☐ \$750,000.00 LUC

☐ Otra

* Especifique: LUC

Campo requerido

* Número de Clave de Registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas:

* Año de otorgamiento del registro:

Campo Requerido

Indique si pertenece a alguna asociación o sociedad en seguros:

* ¿Cuántos años ha practicado de forma efectiva?

* ¿Ha tenido contratados en los últimos 5 años Seguros de Errores y Omisiones?

☐ Si ☐ No

Campo requerido

Campo requerido

¿Le ha sido rehusada o cancelada por alguna aseguradora la Póliza de Errores y Omisiones? ☐ Si ☐ No

Campo requerido

Ejercicio Profesional Bajo Relación de Trabajo

* Nombre de la institución, establecimiento, empresa o agente para los que presta sus servicios:

Campo requerido

Ubicación del centro de trabajo:

Describa que puesto y labores desempeña:

* Marque el % de Participación de cada ramo en el volumen total de primas que intermedia:

Incendio

%

Responsabilidad Civil

%

Accidentes y Enfermedades

%

Transportes

%

Dinero y Valores

%

Vida

%

Aviación

%

Objetos Personales

%

Fianzas

%

Buques

%

Agrícola

%

Ramos Técnicos

%

Ganado

%

Robo

%

Automóviles

%

Otros

%

Debe marcar al menos un % de Participación de cada ramo en el volumen total de primas que intermedia:

* Volumen Anual de Prima Intermediada:

Campo Requerido

Información Adicional

Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los últimos 5 años (incluyendo en el Extranjero):

	Daño Ocasionado	Causa	Monto	
1				

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

Observaciones:

Cualquier omisión o inexacta declaración de la información requerida, facultará a AXA Seguros, S.A. de C.V. para rescindir de pleno derecho el contrato que se hubiese celebrado, de acuerdo a los Artículos 8, 9, 10, 47, 51 y 61 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Nota: Es indispensable para el trámite de su solicitud requisitar toda la información detallada, en caso necesario anexe hoja(s).

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 con los términos de la solicitud.

Registro C.N.S.F. S-0048-0433-2004 DEL 14/01/2005.

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

Presentar cualquiera de los siguientes documentos en copia:

Coincide domicilio con el de la Identificación:

☐ Sí ☐ No (adjunte comprobante de domicilio)

☐ **b) Comprobante 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:

☐ **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:**

Campo Requerido

Campo Requerido

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:

Campo Requerido

* Oficina:

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-299

☐ **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