

RESPONSABILIDAD CIVIL

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

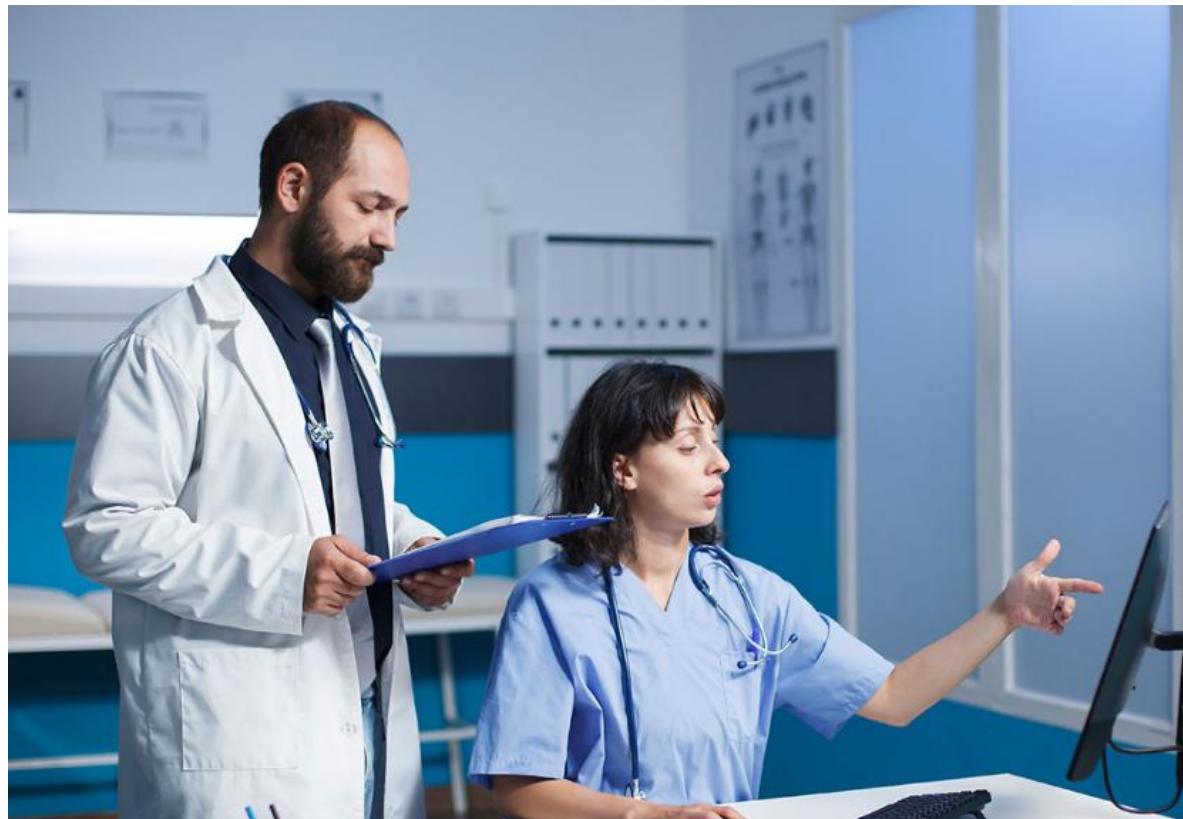
Amparamos al asegurado en situaciones que causen daño al cliente durante el ejercicio de su actividad profesional.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Este seguro ampara a los profesionales médicos de los riesgos que puedan surgir al ejercer su profesión, ya sea como titulares, médicos auxiliares, farmacéuticos o laboratoristas.

BENEFICIOS

- Flexible para cualquier especialidad médica.
- Opciones de deducible para la cobertura básica.
- Costo personalizado según la especialidad, suma asegurada, años de experiencia, lugar de trabajo y tipo de contratación.
- Atractivos descuentos por años de experiencia, lugar de trabajo, membresía en grupos médicos y deducibles fijos.



COBERTURAS BÁSICAS

Amparamos la responsabilidad civil legal por errores o descuidos en:

- El desempeño de su actividad profesional y la de sus empleados que ejerzan una profesión médica o auxiliar.
- Negligencia en procedimientos quirúrgicos que afecte la salud, integridad física o resulte en la muerte de sus pacientes.
- La posesión y uso de aparatos de diagnóstico o tratamiento, así como equipos de medicina nuclear y materiales radioactivos.
- El suministro de medicamentos.
- Gastos de defensa legal, así como el pago de las primas por fianzas judiciales.
- Gastos de defensa penal, así como el pago de cauciones o primas de fianza para lograr la libertad preparatoria, provisional o condicional del asegurado.

COBERTURAS ADICIONALES

- Responsabilidad Civil del Arrendatario: responsabilidad por daños causados por incendio o explosión a los inmuebles arrendados por el asegurado.
- Primeros Auxilios en el Extranjero: responsabilidad civil profesional por primeros auxilios proporcionados fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.





Solicitud / Cuestionario

para Profesiones Médicas Seguro de Responsabilidad Civil

- Datos generales

* Elija el movimiento que desea realizar:

Emisión

* No. de cotización:

Fecha de registro:

23/04/2025

Campo Requerido

* Clave de agente:

Campo Requerido

* Región:

Seleccionar...

* Oficina:

Seleccionar...

* 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? Sí No

- Datos del negocio

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 Arts. 8O, 9O, 10O, 47O, 51O y 61O 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).

* Suma Asegurada que solicita: \$100,000 L.U.C \$250,000 L.U.C \$500,000 L.U.C Otra Cantidad: L.U.C

Campo requerido

* Denominación del Título Profesional:

* No. de Cédula en la Dirección General de Profesiones:

Campo requerido

* Año de Otorgamiento del Título:

* No. de Registro en la S.S.A.:

Campo requerido

* ¿Cuántos años ha practicado

* ¿Ha tenido contratados en los últimos 5 años

* de forma efectiva?

Seguros de Responsabilidad Civil Profesional?

Sí No

Campo requerido

¿Le ha sido rehusada o cancelada por alguna Aseguradora la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional? Sí No

Ejercicio Profesional por Cuenta Propia

* Indique si ejerce sus actividades:

Exclusivamente en su Consultorio (*) Proporciona servicios en otros establecimientos como Médico Externo (**)

Proporciona servicios en otros establecimientos bajo Relación de Trabajo (***)

* Marque cuál(es) es(son) su(s) Especialidad(es):

<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica o Estética con fines distintos a los anteriores (*)
<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Atención de Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> Otra (**)
<input type="checkbox"/> Ginecología	<input type="checkbox"/> Odontología	
<input type="checkbox"/> Urología	<input type="checkbox"/> Ortodoncia	
<input type="checkbox"/> Anestesiología	<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica o Estética con fines de Cirugía Reconstructiva Post-Traumática	
<input type="checkbox"/> Oftalmología	<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica o Estética con Cirugía Correctiva de Anormalidades Congénitas	

- Aparatos de Rayos X u otros Aparatos

Marque el(s) Tipo(s) de Aparato(s) que posee o utiliza:

Aparatos de Rayos X con fines de diagnóstico
 Aparatos de Rayos X que ocasionalmente se utilicen para fines terapéuticos
 Aparatos Generadores de Rayos por aceleración de partículas
 Aparatos Generadores de Rayos de Onda Corta o de Rayos Corpusculares enriquecidos
 (Ejemplo: Beatrón o Acelerador de Electrones, Generador Van Der Graff, Acelerador Lineal, Ciclotón, Sincrotón)
 Aparatos Generadores de Rayo Láser
 Otros

¿Posee y aplica a Pacientes Materias Radioactivas Naturales? Sí No

¿Posee y aplica a Pacientes Materias radioactivas Artificiales? Sí No

¿Posee y aplica a Pacientes otro tipo de Materias Radioactivas? Sí No

¿Posee y aplica aparatos en los que esté incorporado un irradiador (isótopo), como la Bomba de Cobalto? Sí No

- Otros Riesgos

¿Posee u opera Farmacias? Sí No

¿Posee u opera Laboratorios Independientes de Análisis Clínicos? Sí No

- Coberturas Solicitadas

Marque las Coberturas que desea contratar:

* Cobertura Básica (Incisos 1.1 al 1.4) Profesiones Veterinarias (Inciso 1.5) Arrendatario
Campo requerido
 Asumida (anexar contratos) Primeros Auxilios en el Extranjero
 Estacionamiento o Garage de Automóviles

Indique si el(s) inmueble(s) es(son) propio(s) o arrendado(s), su ubicación y uso:

Propio	Arrendado	Ubicación	Uso	
1 <input type="radio"/> <input type="radio"/>				

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

Daño Ocasionado	Causa	Monto	
1 <input type="text"/>			

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

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

Observaciones:

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

- 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:	Presentar cualquiera de los siguientes documentos en copia:
<p><input type="checkbox"/> a) Identificación oficial personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Coincide domicilio con el de la Identificación:</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (adjunte comprobante de domicilio)</p> <p><input type="checkbox"/> b) Comprobante de domicilio de la persona o del (no mayor a 3 meses)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luz 2. Teléfono 3. Predial 4. Agua 5. Estado de cuenta Bancario <p><input type="checkbox"/> c) Registros gubernamentales</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

- 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-244-4

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

Adjuntar Archivos
(Máximo 9MB Acumulados)

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