

PAQUETE DE SEGURO MÚLTIPLE EMPRESARIAL

Ofrecemos protección a las empresas o negocios ante riesgos que generen pérdidas materiales y desequilibrios económicos.

BENEFICIOS

Este seguro está diseñado con diferentes coberturas, adaptadas a las necesidades de cada empresa, para brindar tranquilidad en todos los aspectos del negocio.



COBERTURAS

Creamos coberturas para respaldar al cliente en cualquier momento, las cuales pueden ajustarse a las necesidades específicas de cada negocio.

COBERTURAS BÁSICAS

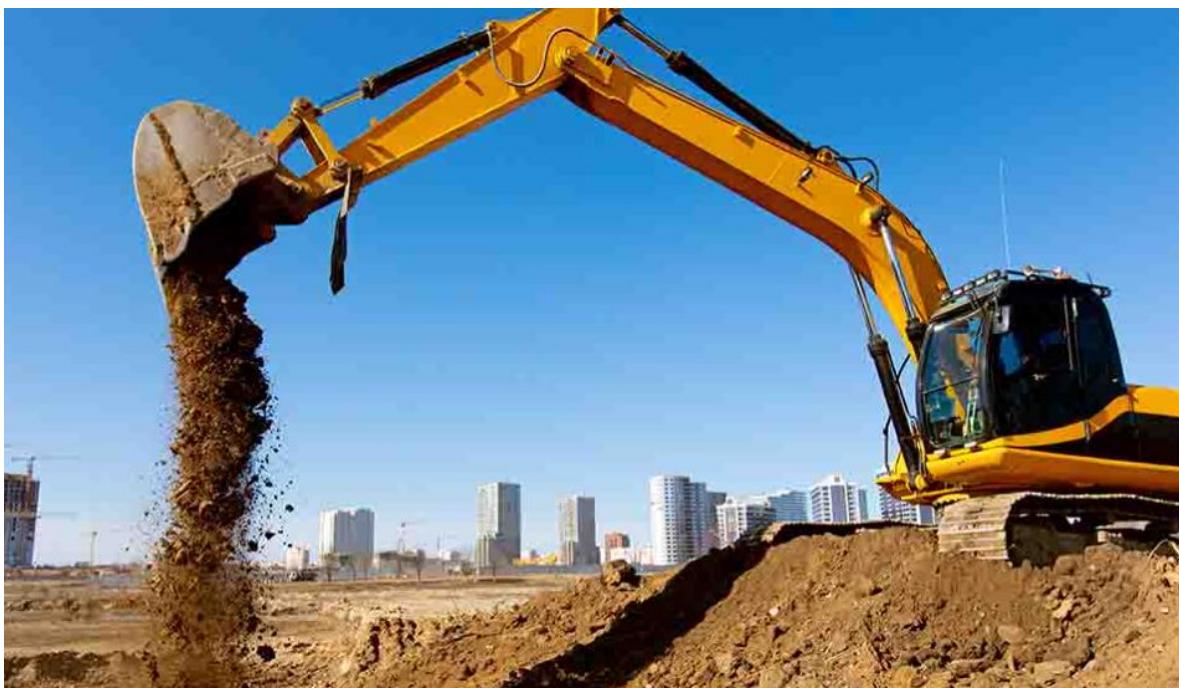
- Daños materiales: cubre los daños físicos directos a los bienes asegurados, incluyendo edificios y sus contenidos.



COBERTURAS ADICIONALES

Para complementar la cobertura básica, puede incluir protección para:

- Daños por desastres naturales.
- Pérdida económica por la paralización de las operaciones.
- Robo con violencia, dinero y valores.
- Maquinaria de producción y equipos electrónicos.
- Cristales y anuncios.
- Responsabilidad civil.





Daños

Paquete Empresarial
Cuestionario / Solicitud

Folio			
Datos del Cliente			
Tipo de contratante <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario		No. de Cliente	
No. de empleados		RFC	
Tel. particular		Tel. oficina	
Tel. celular			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social del Asegurado			
Domicilio			
Calle			
No. exterior	No. interior	Colonia	Alcaldía o municipio
Población o ciudad		Estado	Correo electrónico
Y/O no. de Cliente			
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		RFC	
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			
Beneficiario preferente			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
Bienes			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social			Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
Datos de la Póliza			
<input type="checkbox"/> Póliza nueva <input type="checkbox"/> Renueva a la Póliza No. _____	Vigencia Desde	Día Mes Año	Día Mes Año Hasta
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		
Descripción del bien a asegurar			
I. Ubicación física (solo si es distinta a la indicada en datos del Cliente y/o existe más de una ubicación)			
<input type="checkbox"/> Ubicación situada en la primera línea frente al mar, lago o laguna.			
Domicilio			
Calle			
No. exterior	No. interior	Colonia	Alcaldía o municipio
Población o ciudad		Estado	Código postal
Tel. particular		Tel. oficina	Tel. celular



Daños

Paquete Empresarial
Cuestionario / Solicitud

Localización geográfica	Latitud	°	'	"
	Longitud	°	'	"

II. Características constructivas del edificio

Número de niveles _____ : Sótano(s) _____ + planta baja + niveles altos _____ Año de Construcción _____

Edificio destinado a:

 Producción Bodega Tienda Oficina Otro _____**Tipo de Construcción Muros** Tabique, block ladrillo, piedra, mampostería Concreto armado Madera
 Lámina Metálica Cristal espesor: _____ mm. Otros: _____**Tipo de Construcción Techos y Entrepisos** Concreto armado Vigueta y bovedilla Losas aligeradas de concreto Madera
 Lámina galvanizada o de asbesto, teja de barro Cartón Otros: _____

Uso y giro del negocio

Sección I y II. Incendio Edificio y Contenidos**Base de Cotización Secciones I y II**Sustancias Explosivas Sí Kilogramos _____
Sustancias Inflamables Sí Porcentaje sobre el Total de Existencias _____ %**Suma Asegurada**

Edificio	\$ _____
Contenidos	
Mobiliario y Equipo de Oficina	\$ _____
Maquinaria y Equipo de Operación	\$ _____
Existencias	\$ _____
Total	\$ _____

Coberturas adicionales**Sección I y II**

	Edificio	Contenidos	Edificio	Contenidos
Explosión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Equipo P.C.I.	<input type="checkbox"/>
Naves aéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valor de Reposición	<input type="checkbox"/>
Huelgas y Alborotos Populares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incisos Conocidos	<input type="checkbox"/>
Extensión de Cubierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
Remoción de Escombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incisos Nuevos o no Conocidos	<input type="checkbox"/>
\$ _____			\$ _____	
Terremoto y/o Erupción Volcánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deducible para Incendio y Explosión _____ %	<input type="checkbox"/>
Fenómenos Hidrometeorológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fenómenos Hidrometeorológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coaseguro Convenido al _____ %	<input type="checkbox"/>
Bienes Cubiertos Bajo Convenio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Expreso			Ajuste inflacionario para estas secciones al _____ %	

**Coberturas adicionales****Solo Sección I****Bienes excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso para la cobertura de Fenómenos Hidrometeorológicos**

	Suma Asegurada
1. Edificios terminados que carezcan total o parcialmente de techos, muros, puertas o ventanas, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o construidos para operar bajo estas circunstancias, de acuerdo con los reglamentos de construcción de la zona vigentes a la fecha de la construcción.	\$ _____
2. Maquinaria y/o equipo fijo y sus instalaciones que se encuentren total o parcialmente al aire libre o que se encuentren dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros, siempre y cuando hayan sido diseñados específicamente para operar en estas condiciones y estén debidamente anclados.	\$ _____
3. Bienes fijos distintos a maquinaria que por su propia naturaleza estén a la intemperie, entendiéndose como tales aquellos que se encuentren fuera de edificios o dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros.	\$ _____
4. Bienes muebles o la porción del inmueble en sótanos o semisótanos, considerándose como tales cualquier recinto donde la totalidad de sus muros perimetrales se encuentren total o parcialmente bajo el nivel natural del terreno.	\$ _____
	Total \$ _____

Para cotizar bienes excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso para la cobertura de Fenómenos Hidrometeorológicos, es requisito anexar la relación de bienes con las sumas aseguradas correspondientes y contratar la cobertura de Fenómenos Hidrometeorológicos para Edificio.

Solo Sección II

	Contenidos		Contenidos
Combustión Espontánea	<input type="checkbox"/>	Bienes en Aparatos Refrigeradores(*)	<input type="checkbox"/>
\$ _____		\$ _____	
Tipo de producto _____		Bienes en Incubadoras(*)	<input type="checkbox"/>
Mercancías o Productos Terminados	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
Precio neto de venta	<input type="checkbox"/>	Otros: _____	
Existencias en declaración	<input type="checkbox"/>	(*) Con planta de fuerza motriz de emergencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección III. Pérdidas ConsecuencialesTipo de cotización Por ubicación Global

	Suma Asegurada
Pérdida de rentas a _____ meses	\$ _____
Gastos extraordinarios a _____ meses	\$ _____
Reducción de ingresos por interrupción de actividades comerciales hasta por: _____ meses	\$ _____
Pérdida de utilidades, salarios y gastos fijos hasta por: _____ meses	\$ _____
Ganancias brutas no realizadas en negociaciones comerciales o en plantas industriales _____ %	\$ _____
Seguro contingente al _____ %	\$ _____
Ajuste inflacionario para esta sección al _____ %	\$ _____



Daños

Paquete Empresarial
Cuestionario / Solicitud

Sección IV. Calderas y Recipientes Sujetos a Presión y Rotura de Maquinaria (Tecnomaq)

Cotización a efectuar	<input type="checkbox"/> Global	<input type="checkbox"/> Selectiva	Edad promedio de la maquinaria _____
Suma Asegurada total de los equipos:	\$ _____		
Coberturas adicionales		Suma Asegurada	
D.O.P.A.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$ _____
Derrame de Contenido	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$ _____
Gastos Extra	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Gastos por Flete Aéreo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Periodo de Inactividad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Ajuste inflacionario para esta sección al _____ %

*Para la cotización de este seguro es indispensable anexar la relación de la maquinaria indicando: descripción, marca, modelo, número de serie, capacidad, año de construcción y valor de reposición.

Sección V y VI. Responsabilidad Civil

Pronóstico de Ventas \$ _____	
Giro Hotelería	Número de Cuartos _____
Giro Escuela	
Número de Alumnos _____	Nivel Escolar _____
Número de Alumnos _____	Nivel Escolar _____
Número de Alumnos _____	Nivel Escolar _____
Número de Alumnos _____	Nivel Escolar _____

Coberturas solicitadas

Coberturas adicionales	Amparado	Límite de Responsabilidad
Productos y Trabajos Terminados	<input type="checkbox"/>	Arrendatario \$ _____ L.U.C.
Explosivos	<input type="checkbox"/>	Sublímite para Cobertura de Arrendatario \$ _____
Carga y Descarga	<input type="checkbox"/>	Estacionamiento o Garaje: <input type="checkbox"/> Con acomodadores <input type="checkbox"/> Sin acomodadores No. de cajones _____
Asumida	<input type="checkbox"/>	Sublímite para Cobertura de estacionamiento o Garaje \$ _____
Contratistas Independientes	<input type="checkbox"/>	Sublímite por Unidad \$ _____
Guardarropa, lavado y planchado, equipaje, efectos de huéspedes y recepción de dinero y valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otras \$ _____ Especificar _____

Ajuste inflacionario para esta sección al _____ %

Sección VII. Rotura de Cristales		
Espesor de los cristales _____ mm.	Rotura de Cristales	Suma Asegurada básica \$ _____
(No se cubren cristales con espesor menor a 4 mm.)	Suma Asegurada	(para cristales con avalúo) \$ _____
Coberturas Adicionales: <input type="checkbox"/> Decorado <input type="checkbox"/> Remoción	Ajuste inflacionario para esta sección al _____ %	



Daños

Paquete Empresarial
Cuestionario / Solicitud

Sección VIII. Anuncios Luminosos

Medidas en metros		Material de construcción	Leyenda	Suma Asegurada
Largo	Ancho			
				\$ _____
				\$ _____
				\$ _____
			Total	\$ _____

Ajuste Inflacionario para esta sección al _____ %

Tipo de alarma Ninguna Local Central

Caja Fuerte o Bóveda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tragaluces con Protección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colindantes Sin Fincar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caja de Seguridad en Vehículo Repartidor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántos? _____		Policía Armado en Vehículo Repartidor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sistema de Circuito Cerrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Realizan depósitos bancarios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicio de Recolección de Dinero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Velador o Policía Armado al Servicio del Asegurado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puertas a la Calle con Protección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos? _____	
Ventanas con Protección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Sección IX. Robo con Violencia y Asalto Coberturas Solicitadas

Suma Asegurada opera como L.U.C. para varias ubicaciones Sí No

Equipos y bienes propios y necesarios a la índole del negocio asegurado, bienes propiedad de terceros bajo su responsabilidad, también cubre los artículos mencionados en el siguiente apartado cuyo valor unitario o por juego sea hasta el equivalente de 500 días de salario mínimo vigente en la Ciudad de México.

Suma Asegurada \$ _____

Artículos que no sean necesarios a la índole del negocio asegurado expresamente enumerados y especificados en relación anexa a la presente solicitud y cuyo valor unitario o por juego sea superior al equivalente de 500 días de salario mínimo vigente en la Ciudad de México.

Suma Asegurada \$ _____

Ajuste inflacionario para esta Sección al _____ %

Deducible

- 10% Sobre la Suma Asegurada con mínimo de 40 DSMGVDF
- 25% Sobre la pérdida con mínimo de 40 DSMGVDF

Sección X. Dinero y Valores Coberturas Solicitadas

Suma Asegurada opera como L.U.C. para varias ubicaciones Sí No

Suma Asegurada

Límite único y combinado dentro y/o fuera

\$ _____

Dentro del local

\$ _____

Fuera del local

\$ _____



Daños

Paquete Empresarial
Cuestionario / Solicitud

Vehículos Repartidores					
1) Sublímite por unidad \$ _____ Número de unidades _____			2) Sublímite por despachador \$ _____ Número de unidades _____		
Despachadores de Gasolina:					
1) Sublímite por despachador \$ _____ Número de unidades _____			2) Sublímite por despachador \$ _____ Número de unidades _____		
Cobertura adicional para días específicos en la Sección de Dinero y Valores (relación de días a amparar)					
L.U.C.	Dentro	Fuera	No. de días	Cuáles	Monto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ajuste Inflacionario para esta Sección al _____ %					
Deductible					
<input type="checkbox"/> 10% Sobre la Suma Asegurada con mínimo de 40 DSMGVDF					
<input type="checkbox"/> 25% Sobre la pérdida con mínimo de 40 DSMGVDF					
Sección XI. Equipo Electrónico					
Cobertura básica					
Daños Materiales			Suma Asegurada \$ _____ ⁽¹⁾		
Coberturas adicionales					
<input type="checkbox"/> Terremoto y/o Erupción Volcánica		<input type="checkbox"/> Huelgas, alborotos populares, commoción civil, vandalismo		<input type="checkbox"/> Gastos por Flete Aéreo	
<input type="checkbox"/> Granizo, Ciclón, Huracán, o Vientos Tempestuosos		<input type="checkbox"/> Robo Sin Violencia		<input type="checkbox"/> Gastos Extraordinarios o Flete Expreso	
<input type="checkbox"/> Inundación		<input type="checkbox"/> Daños por Climatización			
En caso de solicitar las siguientes coberturas, favor de requisitar los datos solicitados.					
Portadores Externos de Datos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suma Asegurada \$ _____ ⁽²⁾		
Incremento en el Costo de Operación		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suma Asegurada \$ _____ ⁽³⁾		
Periodo de Indemnización _____ meses					
Periodo de Retención Deducible en _____ días					
Equipo Móvil		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suma Asegurada \$ _____		
Equipo Portátil		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suma Asegurada \$ _____		
Ajuste Inflacionario para esta Sección al _____ %					
(1) Para la cotización de este seguro es indispensable anexar la relación del equipo indicando: descripción, marca, modelo, número de serie, capacidad, año de construcción y valor de reposición, e indicar para cuáles equipos desea amparar la cobertura de equipo móvil.					
(2) Para la cotización de esta cobertura es indispensable entregar la información de los bienes a asegurar indicando: descripción del paquete o software, marca, versión, número de serie, año de edición y valor de reposición.					
(3) La Suma Asegurada deberá ser igual a la cantidad que sea necesaria erogar durante 12 meses, por el incremento en el costo de operación del equipo asegurado, aunque se seleccione un periodo de indemnización más corto.					

**Datos del Agente**

No. de Agente 1	Nombre	% de participación	% de producción
No. de Agente 2	Nombre	% de participación	% de producción
Fecha	Lugar		

Observaciones

Nota importante

Cualquier omisión o inexacta declaración realizada por el proponente a nombre propio, o por cuenta de tercero, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho la presente solicitud aunque no influya en la realización de cualquiera de los riesgos contratados, ya sea directa o indirectamente.

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.

Datos personales

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio citado al pie de página, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato del 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 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 contratante 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:

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, www.gob.mx/condusef

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de abril de 1992, con el número CNSF Of. 5233 Exp. 732.5 (S-3)/4 /CONDUSEF-002417-01.

Firma del Contratante / Solicitante	Firma Agente