

RESPONSABILIDAD CIVIL

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

TRANSPORTISTAS

Es un seguro que ampara la responsabilidad por daños a terceros, derivados de la carga.

BENEFICIOS

Los gastos de defensa legal están cubiertos de forma adicional hasta un 50% de la suma asegurada contratada.

- Puede contratar una suma asegurada para cada unidad.
- La suma asegurada opera como límite único y combinado.
- El costo se determina según el producto, material o sustancia transportada, el número de unidades de transporte, la ruta y la suma asegurada.

COBERTURAS BÁSICAS

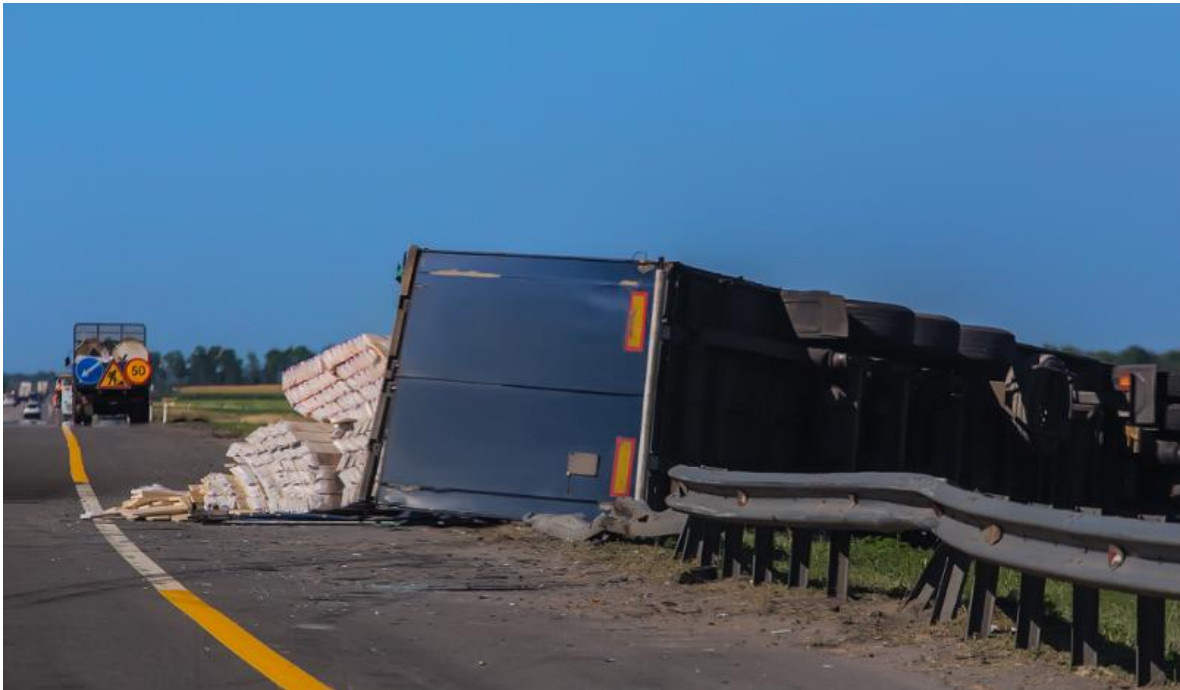
Este seguro cubre:

- Daños por la carga:
 - Protección desde el momento en que el producto es cargado para su transporte, durante el curso ordinario del viaje y hasta su descarga en el destino previsto.
 - Ampara daños causados por contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos y subsuelos —atribuibles al asegurado—, cuando dichos daños sean causados por la carga durante su transporte.



Coberturas adicionales

- **RC Automóviles en exceso**
 - Esta cobertura ampara la responsabilidad civil del asegurado en caso de que sus empleados ocasionen daños al conducir los vehículos de su propiedad en el desempeño de sus labores y al servicio del asegurado.
- **Carga y descarga**
 - Ampara los daños causados a terceros durante las maniobras de carga y descarga de las unidades aseguradas.





reinventando / los seguros

Solicitud / Cuestionario Especial para la Cobertura de Daños por la Carga para Empresas que Transporten Materiales y/o Sustancias Peligrosas. Seguro de Responsabilidad Civil General

- 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

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 :

Campo requerido

Tipo de sustancias y/o materiales que se transportan

I. Marque en el paréntesis con una "✓" el tipo de sustancia y/o material que transporta.

Debe indicar al menos una opción de sustancias y/o materiales que transporta

II. Indique en porcentaje las sustancias y/o materiales que transporta.

* ☐ 1. Explosivos.

%

* ☐ 2. Gases comprimidos, refrigerados, licuados o disueltos a presión.

%

* ☐ 3. Líquidos inflamables.

%

* ☐ 4. Sólidos inflamables.

%

* ☐ 5. Óxidos y peróxido orgánicos.

%

* ☐ 6. Tóxicos agudos (venenos) y agentes infecciosos.

%

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:
<input type="checkbox"/> 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.	Coincide domicilio con el de la Identificación: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (adjunte comprobante de domicilio) <input type="checkbox"/> b) Comprbante 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: <input type="checkbox"/> 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

- Datos del agente

* Nombre del Agente: <div>Campo Requerido</div>	* Número de Agente: <div>Campo Requerido</div>	Centro de costos: <div></div>	Teléfono: <div></div>	Fecha de la * solicitud: <div>Campo Requerido</div>
* Lugar de la solicitud: <div>Campo Requerido</div>		* Oficina: <div>Campo Requerido</div>		

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-210-5

- ☐ **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