

Solicitud de seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil

Ubicación 1 de _____

El interés del Asegurado sobre los bienes por asegurar es en calidad de: Propietario Arrendatario

Datos del Contratante (si hay más de uno, relacionar con el anexo I)									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social									
R.F.C.					C.U.R.P.				
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día Mes Año		Edad		Nacionalidad		País de nacimiento
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		Ocupación o profesión			Actividad o giro mercantil			Correo electrónico	
Domicilio Calle								No. exterior	No. interior
Colonia					Población (delegación o municipio)			Estado	
Código postal		Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)	
		01			01			044	
Exclusivo para personas morales									
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)									
Llenar estos datos en caso de ser extranjero									
Domicilio en el país de origen Calle					No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono		
Datos de la póliza									
Póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación		No. póliza anterior			Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual		
Tipo de pago <input type="checkbox"/> Depósito en cuenta bancaria AXA <input type="checkbox"/> Cargo automático			Vigencia Desde las			Día Mes Año	Hasta las	Día Mes Año	12 hrs.
			12 hrs.				12 hrs.		
Datos del Asegurado (llenar sólo en caso de ser diferente al Contratante y si hay más de uno relacionar con el anexo I)									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social									
R.F.C.					C.U.R.P.				
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día Mes Año		Edad		Nacionalidad		Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
Ocupación o profesión			Actividad o giro mercantil			Correo electrónico			
Domicilio Calle								No. exterior	No. interior
Colonia					Población (delegación o municipio)			Estado	
Código postal		Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)	
		01			01			044	
Exclusivo para personas morales									
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)									
Llenar estos datos en caso de ser extranjero									
Domicilio en el país de origen Calle					No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal
Población o ciudad			Estado		País		Teléfono		

Beneficiario preferente (si hay más de uno, relacionar con el anexo II)

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

Bienes asegurados, módulos y/o coberturas

Fecha de nacimiento /

Día	Mes	Año

Constitución de la empresa**Domicilio**

Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Población (delegación o municipio)	
Estado		
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s)) lugar	

Datos de la ubicación (lugar donde van a operar los equipos a asegurar. Llenar este apartado con los datos de la ubicación principal, si hay más de una, llenar el anexo III por cada una de ellas)

Domicilio	No. exterior	No. interior
Calle	Código postal	
Colonia	Población (delegación o municipio)	Estado

Datos del negocio

Giro

Coberturas y sumas aseguradas

Sumas aseguradas por ubicación (si hay más de una, llenar el anexo III por cada una de ellas)

Cantidad de equipos a asegurar: _____ % ajuste automático _____

Módulo I. Daños materiales¹Deducible Daño Material 2% 4% 6% 8% 10%¹Deducible Robo 5% 10% 15% 20%**Cobertura básica****Formas de aseguramiento**

<input type="checkbox"/> ² Global	Suma asegurada de todos los equipos \$ _____	(mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)
	<input type="checkbox"/> Límite máximo de responsabilidad \$ _____	
<input type="checkbox"/> ³ Por equipo	Suma asegurada de todos los equipos \$ _____	(mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)
	<input type="checkbox"/> Límite máximo de responsabilidad \$ _____	

Coberturas adicionales Huelgas y alborotos populares Gastos extraordinarios Daños a bienes que operan bajo tierra Todo riesgo por daño físico

Los equipos operarán en:

 Una sola ubicación Diferentes ubicaciones. En este caso se asume que los equipos operan en cualquier lugar de la República Mexicana**Notas aplicables al Módulo I. Daños materiales**¹ El deducible aplica sobre la suma asegurada del equipo.² Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada de los cinco equipos con mayor valor.³ Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada por equipo, que corresponde al valor de reposición de éste.**Módulo II. Responsabilidad Civil****Deducible del 10% sobre la indemnización con mínimo de¹:** 100 DSMGVDF 150 DSMGVDF 250 DSMGVDF 350 DSMGVDF 450 DSMGVDF 550 DSMGVDF 650 DSMGVDF 750 DSMGVDF**Cobertura básica****Formas de aseguramiento**

<input type="checkbox"/> ² Límite único para todos los equipos	Suma asegurada de todos los equipos \$ _____	<input type="checkbox"/> ³ Sublímite por equipo \$ _____
<input type="checkbox"/> ⁴ Límite único por equipo	Suma asegurada de todos los equipos \$ _____	

En el caso de contratar la cobertura por equipo, en el apartado Descripción del equipo, se debe llenar el campo Tipo de equipo con una: a,b,c o d, de acuerdo a lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| a. El equipo será arrendado sin operador del Asegurado
b. El equipo será arrendado con operador del Asegurado | c. El equipo es autopropulsado
d. El equipo no es autopropulsado |
|--|---|

Coberturas adicionales *Responsabilidad Civil Asumida Responsabilidad Civil Cruzada Responsabilidad Civil Traslados Nacionales***La suma asegurada para esta cobertura corresponde al 10% de la suma asegurada en la cobertura básica de este módulo, sin exceder a 1,000 Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal (DSMGVDF) al momento de la contratación de la póliza. En caso de requerir incremento de suma asegurada para esta cobertura, solicitarlo a la Compañía proporcionando a continuación el nombre de las personas por quienes se asume la responsabilidad y copia de los contratos correspondientes.**

Personas por quienes se asume la responsabilidad, en caso de ser más de tres, anexar relación completa con el mismo formato.			
No.	Nombre	Tipo de persona	RFC
1			
2			
3			

Notas aplicables al Módulo II. Responsabilidad Civil

- ¹ El deducible mínimo está en Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal (DSMGVDF).
- ² Opera como un único límite para bienes y personas por uno o por todos los equipos amparados, por evento y/o el total de ellos que pudieran ocurrir durante la vigencia de la póliza.
- ³ Sólo aplica para la opción límite único para todos los equipos.
- ⁴ Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada para cada equipo.

Descripción del equipo (en caso de ser más de 10 equipos, anexar relación completa con este mismo formato)

No.	Fracción	Descripción del equipo	No. de serie	Marca	Modelo	Año de construcción	Suma asegurada para el Módulo I	Tipo de equipo (Módulo II)	Suma asegurada para el Módulo II
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Total

Renovación automática

Estoy de acuerdo que AXA Seguros S.A. de C.V. denominada en lo sucesivo "la Compañía" renovará anualmente, aplicando el ajuste de prima correspondiente, en forma automática por periodos de un año la póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido. Sin embargo, el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a la Compañía por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.

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 notificado a la Compañía. | d) Cualquier otra causa establecida en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta corriente de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito. |
| b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Compañía. | e) Cancelación de póliza. |
| c) Por rechazo bancario. | |

Datos del Agente (aspectos internos de la Compañía)

	No. Agente	Nombre del Agente	Participación	Producción
Agente 1			%	%

Observaciones

Notas importantes

Se previene al Contratante y al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o del beneficiario en su caso. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato. **Como Contratante o Solicitante hago constar que me he enterado de las Condiciones Generales de la póliza que en su caso extenderá la Compañía y expresamente declaro mi conformidad con ellas.**

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 esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo lo registro número CGEN-S0048-0130-2011 7 de julio 2011.

En caso de que mi solicitud sea aceptada autorizo a AXA para que las Condiciones Generales me sean entregadas en formato digital o electrónico, sin perjuicio de obtener un ejemplar impreso en las oficinas de AXA, o bien a través del portal axa.mx

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro (s) número CGEN-S0048-0232-2013 de fecha 20 de noviembre de 2013.

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por 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.

Certificación del Agente o conducto de venta: declaro haber explicado ampliamente al Solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptados los riesgos por la Compañía.

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Exclusivo para personas físicas. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Folio Pegaso	
En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo		
¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Especifique: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación			
Bajo protesta de decir verdad, ¿declara usted que actúa en nombre y por cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso de contestar "no", especifique la causa y el nombre del tercero por el que actúa:		
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación		Parentesco o vínculo con usted:		
Domicilio de dicha persona Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	
Delegación o municipio	Población o ciudad		Estado	
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044	
Firma del Contratante (sólo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante titular	Firma del Agente	Lugar y fecha	

Cargo automático**Carta autorización para cargo automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques**

Datos del tarjetahabiente (sólo en caso de ser diferente al Contratante) (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Relación con el Contratante
---	------------------------------------

Los montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

Banco	Cargo**	No. de clabe (débito o cuenta de cheques)	No. de plástico (crédito o sólo débito Banamex)	Miembro desde (año)	Vencimiento (mes/año)
1°					
2°					
3°					

*Cargo a: **d** = tarjeta **d**ébito, **c** = tarjeta **c**rédito, **ch** = cuenta de **c**heques.

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 primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por la Compañía en la fecha de cobro, 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, vía de cobro y forma de pago seleccionado. 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 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-PPAQ-S0048-0087-2012 con fecha 30 de enero de 2013.

**Solicitud de seguro Equipo de Contratistas y
 Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil
 Anexo I. Relación de Contratantes y/o Asegurados adicionales
 Ubicación ____ de ____**

Nombre del Contratante titular: _____

Contratante y/o Asegurado adicional 1

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social											
R.F.C.					C.U.R.P.						
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día Mes Año		Edad		Nacionalidad		Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		
Ocupación o profesión				Actividad o giro mercantil				Correo electrónico			
Domicilio Calle								No. exterior		No. interior	
Colonia					Población (delegación o municipio)				Estado		
Código postal		Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
		01			01			044			

Exclusivo para personas morales

Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)

Llenar estos datos en caso de ser extranjero

Domicilio en el país de origen Calle				No. exterior		No. interior		Colonia			Código postal	
Población o ciudad			Estado			País			Teléfono			

Contratante y/o Asegurado adicional 2

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

R.F.C.					C.U.R.P.						
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día Mes Año		Edad		Nacionalidad		Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral		
Ocupación o profesión				Actividad o giro mercantil				Correo electrónico			
Domicilio Calle								No. exterior		No. interior	
Colonia					Población (delegación o municipio)				Estado		
Código postal		Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
		01			01			044			

Exclusivo para personas morales

Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)

Llenar estos datos en caso de ser extranjero

Domicilio en el país de origen Calle				No. exterior		No. interior		Colonia			Código postal	
Población o ciudad			Estado			País			Teléfono			

Solicitud de seguro Equipo de Contratistas y Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil Anexo II. Beneficiarios Preferentes
Nombre del Contratante titular: _____

Beneficiario preferente 1				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
Bienes asegurados, módulos y/o coberturas			Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	
			Día	Año
			Mes	Año
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle				
Colonia		Población (delegación o municipio)	Estado	
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s))			
	lugar			
Beneficiario preferente 2				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
Bienes asegurados, módulos y/o coberturas			Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	
			Día	Año
			Mes	Año
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle				
Colonia		Población (delegación o municipio)	Estado	
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s))			
	lugar			
Beneficiario preferente 3				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
Bienes asegurados, módulos y/o coberturas			Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	
			Día	Año
			Mes	Año
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle				
Colonia		Población (delegación o municipio)	Estado	
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s))			
	lugar			
Beneficiario preferente 4				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
Bienes asegurados, módulos y/o coberturas			Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	
			Día	Año
			Mes	Año
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle				
Colonia		Población (delegación o municipio)	Estado	
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s))			
	lugar			
Beneficiario preferente 5				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social				
Bienes asegurados, módulos y/o coberturas			Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	
			Día	Año
			Mes	Año
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle				
Colonia		Población (delegación o municipio)	Estado	
Código postal	Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s))			
	lugar			

**Solicitud de seguro Equipo de Contratistas y
Maquinaria Pesada Móvil con Responsabilidad Civil
Anexo III. Relación de ubicaciones
Ubicación 1 de _____**

El interés del Asegurado sobre los bienes por asegurar es en calidad de: Propietario Arrendatario

Contratante y/o Asegurado adicional 1										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
R.F.C.					C.U.R.P.					
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día Mes Año		Edad		Nacionalidad		Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Ocupación o profesión			Actividad o giro mercantil			Correo electrónico				
Domicilio								No. exterior	No. interior	
Calle				Colonia				Población (delegación o municipio)		Estado
Código postal		Tel. particular (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)		
		01			01			044		
Exclusivo para personas morales										
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)										
Llenar estos datos en caso de ser extranjero										
Domicilio en el país de origen					No. exterior	No. interior	Colonia		Código postal	
Calle					Población o ciudad					Estado
País					Teléfono					
Beneficiario preferente 1										
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social										
Bienes asegurados, módulos y/o coberturas						Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa				Día Mes Año
Domicilio								No. exterior	No. interior	
Calle				Colonia				Población (delegación o municipio)		Estado
Código postal		Orden de prelación (determina el orden en que se indemnizará al(los) beneficiario(s) preferente(s))								
		_____ lugar								
Datos de la ubicación (lugar donde van a operar los equipos a asegurar).										
Domicilio (llenar sólo en caso de ser diferente a la del Contratante)										
Calle								No. exterior	No. interior	
Colonia				Población (delegación o municipio)				Estado		Código postal
Datos del negocio										
Giro										
Coberturas y sumas aseguradas										
Sumas aseguradas por ubicación										
Cantidad de equipos a asegurar: _____ % ajuste automático _____										
Módulo I. Daños materiales										
¹Deducible Daño Material <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 10%										
¹Deducible Robo <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20%										
Cobertura básica										
Formas de aseguramiento										
<input type="checkbox"/> ² Global	Suma asegurada de todos los equipos				\$ _____					
	<input type="checkbox"/> Límite máximo de responsabilidad				\$ _____ (mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)					
<input type="checkbox"/> ³ Por equipo	Suma asegurada de todos los equipos				\$ _____					
	<input type="checkbox"/> Límite máximo de responsabilidad				\$ _____ (mínimo 10% del monto total del valor de reposición de los equipos por asegurar)					

Coberturas adicionales

Huelgas y alborotos populares Gastos extraordinarios Daños a bienes que operan bajo tierra Todo riesgo por daño físico

Los equipos operarán en:

Una sola ubicación

Diferentes ubicaciones. En este caso se asume que los equipos operan en cualquier lugar de la República Mexicana

Notas aplicables al Módulo I. Daños materiales

¹ El deducible aplica sobre la suma asegurada del equipo.

² Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada de los cinco equipos con mayor valor.

³ Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada por equipo, que corresponde al valor de reposición de éste.

Módulo II. Responsabilidad Civil**Deducible del 10% sobre la indemnización con mínimo de¹:**

100 DSMGVDF 150 DSMGVDF 250 DSMGVDF 350 DSMGVDF

450 DSMGVDF 550 DSMGVDF 650 DSMGVDF 750 DSMGVDF

Cobertura básica**Formas de aseguramiento**

²Límite único para todos los equipos Suma asegurada de todos los equipos \$ _____ ³Sublímite por equipo \$ _____

⁴Límite único por equipo Suma asegurada de todos los equipos \$ _____

En el caso de contratar la cobertura por equipo, en el apartado Descripción del equipo, se debe llenar el campo Tipo de equipo con una: a,b,c o d, de acuerdo a lo siguiente:

a. El equipo será arrendado sin operador del Asegurado

c. El equipo es autopropulsado

b. El equipo será arrendado con operador del Asegurado

d. El equipo no es autopropulsado

Coberturas adicionales

*Responsabilidad Civil Asumida Responsabilidad Civil Cruzada Responsabilidad Civil Traslados Nacionales

***La suma asegurada para esta cobertura corresponde al 10% de la suma asegurada en la cobertura básica de este módulo, sin exceder a 1,000 Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal (DSMGVDF) al momento de la contratación de la póliza. En caso de requerir incremento de suma asegurada para esta cobertura, solicitarlo a la Compañía proporcionando a continuación el nombre de las personas por quienes se asume la responsabilidad y copia de los contratos correspondientes.**

Personas por quienes se asume la responsabilidad, en caso de ser más de tres, anexar relación completa con el mismo formato.

No.	Nombre	Tipo de persona	RFC
1			
2			
3			

Notas aplicables al Módulo II. Responsabilidad Civil

¹ El deducible mínimo está en Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal (DSMGVDF).

² Opera como un único límite para bienes y personas por uno o por todos los equipos amparados, por evento y/o el total de ellos que pudieran ocurrir durante la vigencia de la póliza.

³ Sólo aplica para la opción límite único para todos los equipos.

⁴ Es obligatorio desglosar en el apartado Descripción del equipo, la suma asegurada para cada equipo.

Descripción del equipo (en caso de ser más de 10 equipos, anexar relación completa con este mismo formato)

No.	Fracción	Descripción del equipo	No. de serie	Marca	Modelo	Año de construcción	Suma asegurada para el Módulo I	Tipo de equipo (Módulo II)	Suma asegurada para el Módulo II
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Total