Seguro Nuevo	
Renovación	
Endoso	
Número de Póliza:	

Favor de responder todas las preguntas del presente cuestionario. En caso de no ser suficiente las líneas o el espacio proporcionado, favor de anexar hoja indicando pregunta y respuesta. Favor de seleccionar las coberturas e indicar las sumas aseguradas requeridas.

Para nosotros es muy importante contar con la información completa, ya que esta será la base para analizar su riesgo y estar en posibilidades de presentarle una propuesta de aseguramiento de acuerdo a sus necesidades.

Fecha de solicitud		

***Campos obligatorios**

Datos Generales del Cliente

*Nombre/Razón Social del Interesado:		*Apellido Paterno:			
*Apellido Materno:		*RFC (Con Homoclave):		*CURP/Folio Mercantil:	
*Fecha de Nac./Constitución: (dd / mm / aaaa)		* Correo electrónico:		*Teléfono:	
* FEA:		*Ocupación / Actividad:		*Nacionalidad:	
Página internet:		Teléfono:		Extensión:	
Nombre (s) del representante legal:		Apellido Paterno del representante legal:			
Apellido Materno del representante legal:		Teléfono:		Extensión:	
*País de Domiciliio:		*Código Postal:		*Estado:	
*Ciudad o Población:		*Alcaldía / Municipio:			
*Colonia:		*Calle:		*No. Exterior:	No. Interior:
*Tipo de contratante:	Propietario:		Arrendatario:		

Datos del y/o en caso de que hubiera (Información opcional)

Nombre (s) del y/o:		Apellido Paterno del y/o:			
Apellido Materno del y/o:		RFC (Con Homoclave):			
Fecha de Nac./Constitución: (dd / mm / aaaa)		Correo electrónico:		Teléfono:	
País de Domiciliio:		Código Postal:		Estado:	
Ciudad o Población:		Alcaldía / Municipio:			
Colonia:		Calle:		No. Exterior:	No. Interior:

Datos del Beneficiario preferente, en caso de que hubiera (Información opcional)

Razón Social o Banco del beneficiario preferente:					
RFC:		CURP / Folio mercantil:		Fecha de nacimiento / Constitución: (dd / mm / aaaa)	
FEA:		Nacionalidad:		Correo electrónico:	
Página internet:		Teléfono:		Extensión:	
Nombre (s) del representante legal:		Apellido Paterno del representante legal:			
Apellido Materno del representante legal:		Teléfono		Extensión:	
País de Domiciliio:		Código Postal:		Estado:	
Ciudad o Población:		Alcaldía / Municipio:			
Colonia:		Calle:		No. Exterior:	No. Interior:

Datos generales de la póliza

*Clave de Agente:		*Nombre Completo:		*Correo electrónico	
*Vigencia:				*Moneda:	Pesos
*Forma de pago:	Mensual	Medio de pago:	Tarjeta de débito	Otro, Indicar:	
Cargo automático a Tarjeta de crédito o débito:	Visa:		Mastercard:		American Express:
Otro:			Número de tarjeta / cuenta (Últimos 4 dígitos):		
Número de cuenta:		Fecha de cobro:		Nombre del banco:	
Cargo automático a cuenta de cheques número:			Fecha de cobro:		
Nombre del banco:					

Domicilio del riesgo (si éste es igual al mencionado en los datos generales del cliente, no es necesario llenar esta sección)

*País de Domiciliio:		*Código Postal:		*Estado:	
*Ciudad o Población:		*Alcaldía / Municipio:			
*Colonia:		*Calle:		*No. Interior:	No. Exterior:

Características del riesgo

Giro del negocio:	Gasolinera				
*Cuenta con:	Tienda de conveniencia:		Restaurante:		Lavado y lubricado:
*Material de construcción del inmueble:	Muros :	Muros Macizos	Techos y entrepisos :	Techos de Lámina	
Número de pisos (Incluyendo planta baja):			Número de sótanos:		
*Más de 500 metros del mar y más de 250 metros del río, lago o laguna:			Si		No
*Hay construcciones alrededor:	Si		No	Año aproximado de construcción:	

Medidas de Seguridad con que cuenta la ubicación del riesgo

Protecciones contra Incendio:	Hidrantes:			Rociadores automáticos:	
Extintores y vigilantes (personal calificado en manejo de extintores)				Sin protección de incendio	
Extintores, vigilancia (personal calificado en manejo de extintores) e hidrantes					

Protecciones contra robo con violencia y/o Asalto:	Vigilante las 24 horas:		Con arma:		Sin arma:
Circuito cerrado de televisión con cuarto de monitoreo:	Si		No		
Alarma local:		Alarma central:		No tiene alarma:	
Servicio de recolección de efectivo, indicar el nombre de la compañía recolectora:					
Caja fuerte:	Cilindro invertido:		Empotrada al piso:		Más de 50 kilos:

Coberturas, sumas aseguradas

Sección	Riesgos / Responsabilidades	Gasolinera	Tiendas de conveniencia	Restaurante	Lavado y lubricado
Edificio (Inmueble)	Incendio y/o adicionales	$	$	$	$
Terremoto y/o erupción volcánica			(Indicar si ésta amparado o excluido)		
Fenómenos hidrometeorológicos					
Contenidos	Incendio y/o adicionales	$	$	$	$
Terremoto y/o erupción volcánica			(Indicar si ésta amparado o excluido)		
Fenómenos hidrometeorológicos					
Pérdidas consecuenciales	Remoción de escombros	$	10% de la S.A del edificio y/o contenidos		
	Ganancias brutas	$	$	$	$
Responsabilidad civil inmuebles y actividades		$			
Responsabilidad civil contaminación		$			
Responsabilidad civil arrendatario (Solo aplica en caso de no contratar la sección Edificio)		Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Responsabilidad civil productos				(solo aplica a Restaurantes)			$				
Responsabilidad civil taller (máx. 3 automóviles)				Cuenta con acomodadores			Si		No		
Sublímite por automóviles	$100,000		$150,000		$200,000		$250,000		$		
Robo de contenidos	Robo y/o asalto			$		$		$		$	
Robo a clientes	Robo y/o asalto							$			
Dinero y valores	Robo y/o asalto			$		$		$		$	
Dinero y valores en exceso (máximo de 3 días)				$		$		$		$	
Cristales	Rotura accidental			$		$		$		$	
Anuncios luminosos	Daños materiales			$							
Productos refrigerados						$		$			
Equipo electrónico	Daños materiales			$		$		$		$	
Rotura de maquinaria				$		$		$		$	
Transporte	Daños a mercancías					$		$			
Accidentes personales[1]	Número de empleados			$		Sublímite		$50,000		$100,000	

Asistencias comerciales:

Asistencia completa	Amparar	Si		No	
Asesoría legal	Amparar	Si		No	

Antecedentes de siniestralidad:

Cobertura afectada	Fecha del siniestro	Causa	Bien Afectado	Monto Pagado

Observaciones:

Información relevante para la contratación del seguro:

Acrónimos: RFC: Registro Federal de Contribuyentes / FEA: Firma Electrónica Avanzada / *CURP: Clave Única de Registro de Población / m2: metros cuadrados / No.: número / UMA: Unidad de Medida de Actualización./ Máx: Máximo / S.A. Suma Asegurada

En caso de contratar la cobertura de accidentes es requisito indispensable adjuntar la relación de personal y requisitar el formato SAAP-5 (Consentimiento individual para el seguro de accidentes colectivo).

En caso de cobranza por banco de cargo automático a cuenta de cheques o tarjeta de crédito se deberá entregar el formato respectivo debidamente firmado.

Requisitar formato número STCO-873 para autorización de cargo en tarjeta de crédito.

Requisitar formato número STCO-871 para autorización de cargo en tarjeta de cheques.

Ubicación situada a menos de 500 metros de la línea de rompimiento de las olas o menos de 250 metros de la rivera de lago, laguna o cualquier cuerpo de agua, es considerada como Beach Front, son riesgos que se encuentran fuera de aceptación para otorgar la cobertura de fenómenos hidrometeorológicos

NOTA: Anote con claridad y veracidad los datos que se soliciten en esta forma.

El solicitante y/o el contratante declara que todo lo expuesto en la presente está completo y concuerda con la verdad según su leal saber y entender; por lo tanto, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, han sido mencionados tal y como los conoce al momento de llenar esta solicitud, misma que constituirá la base y formará parte del contrato del seguro. Cualquier omisión o inexacta declaración no podrá ser interpretada a favor del solicitante, contratante o asegurado.

1

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.

Es necesario cumplir con las obligaciones legales que se desprende del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, por lo que será requisito indispensable complementar su orden de trabajo con la información correspondiente.

El solicitante y/o el contratante manifiestan que les fue explicado por su Agente de seguros, el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a las Coberturas, Prima, Rehabilitación, Vigencia, Salvamentos, Exclusiones, Renovación Automática, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta al realizar esta solicitud en los términos del Artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Autorizo a MAPFRE México, S.A. ha entregarme la documentación contractual relativa a la contratación del presente seguro al correo electrónico ya indicado.

En caso de no autorizar, favor indicar el medio de entrega:_____

MAPFRE pone a su disposición la Unidad de Atención Especializada (UNE), donde le atenderán de lunes a jueves de 8:00 horas a 17:00 horas y viernes de 8:00 horas a 14:00 horas, con número de teléfono

55 5230 7090 o 800 717 1819 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, delegación Benito Juárez, Ciudad de México, Código Postal 03800, con correo electrónico UNE@mapfre.com.mx.

Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). Se pone a su disposición en su domicilio ubicado en Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle, Ciudad de México, Código Postal 03100, con número de teléfono 55 5340 0999 y 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, página de internet http://www.condusef.gob.mx, o en cualquiera de sus delegaciones estatales.

MAPFRE México, S.A., ubicada en Avenida Revolución #507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México, le informa que sus datos personales se tratarán para los fines relacionados con el Seguro contratado, y en su caso para ofrecerle productos financieros similares. Consulte este Aviso de Privacidad de forma íntegra a través de www.mapfre.com.mx.

Las abreviaturas y conceptos técnicos utilizados en este y otros documentos que integran la documentación contractual del presente producto, podrán ser consultados en las condiciones generales del producto o en el sitio web www.mapfre.com.mx.

En caso de concretar el seguro solicitado a través de la emisión de la póliza respectiva, salvo pacto expreso en contrario, usted gozará de un plazo de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima adeudada o cada una de sus fracciones convenidas. Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas (medio día) del último día del periodo de gracia, si no se hubiese cubierto dicho monto.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de diciembre de 2001 con el número DVA-S-455/2001 / CONDUSEF-002293-01.

_____	_____
Nombre y firma del Interesado o Representante Legal	Nombre, clave y firma del Agente