

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.

Como parte de la estrategia orientada al cliente, en MAPFRE nos complace informarte que estamos en posibilidad de enviar en formato digital (pdf) la emisión de la póliza o endoso, por lo que agradeceremos proporcionar el correo electrónico del contratante y del agente en el espacio correspondiente.

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 Domicilio:			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 anual:						Moneda:	
Forma de pago:			Medio de pago:			Otro, Indicar:	
Número de tarjeta / cuenta (Últimos 4 dígitos):							

### Domicilio del riesgo (si éste es igual al fiscal, no es necesario llenar esta sección)

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

**Identificación de los equipos**

Describa la actividad y tipo de obra en la que normalmente trabaja:			
El equipo opera:		Sobre agua	Bajo tierra
Descripción del lugar de operación de la (s) maquinaria (s)			
Un solo lugar , Indicar el domicilio:			
Una zona de la República Mexicana, mencionar Estados:			
Indistintamente en cualquier lugar de la República			
Favor de indicar si cuenta con algún otro seguro que ampare el riesgo que desea amparar. En caso afirmativo, favor de proporcionar nombre de la compañía que ampara el riesgo y suma asegurada:			

**Descripción de la maquinaria y relación de equipo de contratistas**

Tipo de Maquina	Marca	Año de construcción	No. de serie	Capacidad	Exposición a riesgos especiales	Valor reposición
<b>TOTAL \$</b>						

**Coberturas, sumas aseguradas y condiciones de aseguramiento**

Coberturas	Suma Asegurada
Cobertura principal de equipo de contratistas	\$

Coberturas Adicionales bajo convenio expreso	
Traslados por su propio impulso	
Huelgas y alborotos populares	
Daño físico por causas externas	
Operación bajo agua	
Gastos extraordinarios para acelerar reparación de bienes dañados	
Ajuste automático de suma asegurada	%
Responsabilidad Civil Extracontractual	\$

**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 / \*T: Tarjeta / \*CURP: Clave Única de Registro de Población / Tel.: Teléfono / Ext.: Extensión/ mts: metros cuadrados / No.: número

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.

**Este documento sólo 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.**

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 referente a 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: \_\_\_\_\_

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](http://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.

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 u 80 0717 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](mailto: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 80 0999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: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](http://www.mapfre.com.mx).

**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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Interesado o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre, clave y firma del Agente