

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 estaremos enviando 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:	*Correo electrónico:	*Teléfono:	
<small>dd / mm / aaaa</small>			
*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):			

**Características de la actividad principal**

Actividad o giro principal <sup>1</sup> :					
Descripción amplia de la actividad que realiza <sup>2</sup> :					
Mencione las colindancias que tiene el predio en donde realiza su actividad principal:					
Norte:	Sur:	Este:	Oeste:		
Se encuentra bardeado todo el perímetro:		Número de ubicaciones arrendadas:			
Indique el monto de los ingresos derivado de la realización de la actividad o giro del negocio ( en caso de que su actividad o giro se realicen en diferentes ubicaciones, los ingresos deberán ser el total de las mismas:					
Año actual:	\$	Estimado año próximo:	\$		
Menciona el nombre de las certificaciones con las que cuenta, tales como: ISO, u otras:					
Indique cualquier circunstancia relevante que considere pueda derivar en posibles daños a terceros:					
Indique si con motivo de sus actividades ha recibido durante los últimos tres años reclamaciones de tipo judicial o extrajudicial, así como el estado que guardan actualmente los procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos (Si hace falta espacio, favor de utilizar un anexo e indicarlo en la presente):					

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

Coberturas		Sumas aseguradas			
Responsabilidad civil inmuebles y actividades		\$			
<b>Coberturas adicionales para responsabilidad civil</b>		<b>Sublímites</b>			
Responsabilidad civil arrendatario	\$	Número de ubicaciones arrendadas:			
Responsabilidad civil contratistas	\$	Número de contratistas:			
Responsabilidad civil hotelería	\$	Número de habitaciones:			
Describir actividades que se desean amparar en esta cobertura:					
Bienes / Sub límite por:	Prenda	Huésped	Vigencia	% Ocupación de huéspedes anual	%
Guardarropa por prenda	\$			México	%
Lavado y planchado	\$			EUA, Canadá o Puerto Rico	%
Equipaje o efectos de huéspedes		\$		Europa y Asia	%
Dinero y/o valores		\$		Centroamérica	%
Responsabilidad civil estacionamiento	\$	Sub límite por vehículo:		\$	
Cupo máximo de vehículos en el estacionamiento:					
Indicar si se encuentra bardeado el perímetro en donde se resguardan los vehículos:					
Indicar si cuenta con acceso controlado y registro de identificación de vehículos:					
Indicar si ofrece servicio de acomodadores bajo su responsabilidad:					
Responsabilidad civil contaminación	\$				
Indicar si dentro de sus predios cuenta con tanques de almacenamiento de combustibles para el abastecimiento de sus propios vehículos:					
Responsabilidad civil construcción <sup>3</sup>	\$				
Daños a vehículos por maniobras de carga y descarga	\$				
Responsabilidad civil asumida <sup>4</sup>	\$				
Describir actividades que por contrato, se requieren asumir responsabilidad:					
<b>Coberturas</b>		<b>Sublímites</b>		<b>Cuenta con control por lotes:</b>	
Responsabilidad civil productos <sup>4</sup>	\$				
Indicar en que proceso participa:	Fábrica y maquila	Venta y comercialización	Distribución (no transporte)		
Descripción amplia del tipo de productos:					
Indicar desglose de monto anual de ventas o ingresos obtenidos:			Indicar el % de ventas o ingresos de exportación en el año actual:		
Año calendario anterior:	\$	México	%		
Estimado al cierre del año calendario actual:	\$	EUA, Canadá o Puerto Rico	%		
Estimado al cierre del año calendario próximo:	\$	Europa y Asia	%		
Total:	\$	Centroamérica	%		

**Antecedentes de siniestralidad**

Situaciones o eventos	Fecha del evento	Descripción	Monto reclamado	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 /No.: Número / EUA: Estados Unidos

Nota: <sup>1</sup>Favor de adjuntar la relación de domicilios, en el caso de que su actividad o giro la realice en ubicaciones diferentes e indicar cuál es el domicilio fiscal.

<sup>2</sup>En el caso de que su actividad sea hotelera o de construcción, deberá llenar el cuestionario específico para la actividad.

<sup>3</sup>Adicional, si el sector es construcción, deberá proporcionar copia fiel de los contratos o convenios que desee queden asegurados.

<sup>4</sup>En caso de requerir cobertura de Productos o si el giro se relaciona con el sector de la hotelería y construcción, favor de anexar los cuestionarios especiales correspondientes.

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