

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:									
*RFC:		CURP / Folio mercantil:			Fecha de nacimiento / constitución:				
FEA:		*Nacionalidad:			*Correo electrónico:				
Página internet:				*Teléfono:			Extensión:		
Nombre del representante legal:					Teléfono:			Extensión:	
*Calle:			*No. exterior:		*No. interior:		*Código Postal:		
*Colonia:			*Municipio / Delegación:			*Estado:			

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

Nombre del y/o:					RFC:				
Fecha de nacimiento/ constitución:				CURP / Folio mercantil:					
Correo electrónico				Nacionalidad:			Teléfono:		
Calle:			No. exterior:		No. interior:		Código Postal:		
Colonia:			Municipio / Delegación:			Estado:			

**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:				
FEA:		Nacionalidad:			Correo electrónico:				
Página internet:				Teléfono:			Extensión:		
Nombre del representante legal:					Teléfono:			Extensión:	
Calle:			No. exterior:		No. interior:		Código Postal:		
Colonia:			Municipio / Delegación:			Estado:			

**Datos generales de la póliza**

*Clave de Agente:		*Nombre:			*Correo electrónico:				
*Vigencia:				*Moneda:					
*Forma de pago:			Medio de pago:			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)**

*Calle:									
*No. exterior:			*No. interior:			*Colonia:			
*Municipio / Delegación:					*Estado:		*Código Postal:		

### Características del riesgo

Giro:	Casa habitación	*Tipo de Vivienda:	Unifamiliar	Residencia	Cabaña
*Tipo de Condominio:	Horizontal	Vertical			
Indicar si la casa o departamento es de Fin de semana	Si	No			

### Descripción y medidas de seguridad con que cuenta la ubicación del riesgo

*Material de construcción del inmueble:	Muros :	Muros Macizos	Techos y entrepisos :	
Número de pisos (Incluyendo planta baja):		Número de sótanos:		
Año aproximado de construcción:		*Hay construcciones alrededor:	Si	No
*Más de 500 metros del mar y más de 250 metros del río, lago o laguna:			Si	No
Protecciones contra robo con violencia y/o Asalto:	Sin medidas de seguridad:		Si	No
Vigilante las 24 horas:	Si	No	Alarma local y/o central:	Si
Vigilancia y alarma local y/o central:	Si	No		

### En caso de amparar bajo convenio expreso los bienes a la intemperie, favor de contestar lo siguiente:

Tiene construcciones que carezcan de techos o muros:	Si	No	\$
Cuenta con instalaciones fijas al intemperie:	Si	No	\$
Maquinaria y/o equipo fijo y sus instalaciones que estén a la intemperie:	Si	No	\$
Bienes muebles o la porción del inmueble en sótanos o semisótanos.	Si	No	\$
Contenidos que se encuentren anclados al piso y diseñados para estar a la intemperie	Si	No	\$

Descripción de las instalaciones fijas a la intemperie y/o construcciones que carecen total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros y que desea se cubran a consecuencia de fenómenos hidrometeorológicos (opcional)

### Condiciones de aseguramiento

Renovación Automática:	Si	No	Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC):
Porcentaje fijo:	%	Sin modificación de sumas aseguradas:	
Si su departamento se encuentra en un condominio vertical, ¿Desea amparar la cobertura adicional de valor comercial por pérdida total a consecuencia de Terremoto y/o Erupción Volcánica?	SI	No	

### Coberturas y sumas aseguradas

#	Sección	Riesgos / Responsabilidades	Suma Asegurada
I.	Edificio	Todo riesgo de incendio y/o adicionales	\$
	Terremoto y/o erupción volcánica	(Indicar si ésta amparado o excluido)	
	Fenómenos hidrometeorológicos	(Indicar si ésta amparado o excluido)	
	Bienes a la intemperie bajo convenio expreso		\$
II.	Contenidos	Todo riesgo de incendio y/o adicionales	\$
	Terremoto y/o erupción volcánica	(Indicar si ésta amparado o excluido)	
	Fenómenos hidrometeorológicos	(Indicar si ésta amparado o excluido)	
	Bienes a la intemperie bajo convenio expreso		\$
III.	Pérdidas consecuenciales	Remoción de escombros	Porcentaje %
		Gastos extraordinarios	Porcentaje %
		Pérdida de rentas	\$
IV.	Responsabilidad civil familiar	Responsabilidad civil familiar	\$
	Responsabilidad civil arrendatario (Solo aplica en caso de no contratar la sección I. Edificio)		
	Responsabilidad civil trabajadores domésticos		Amparado

**Coberturas y sumas aseguradas**

#	Sección	Riesgos / Responsabilidades	Suma Asegurada
V.	Robo de menaje	Robo de contenidos	\$
		Joyas y artículos de valor	\$
VI.	Dinero y/o valores	Robo de dinero y/o valores	\$
VII.	Gastos médicos por asalto	Lesiones por asalto	\$
VIII.	Cristales	Rotura accidental	\$
IX.	Equipo electrodoméstico	Daños a equipo electrodoméstico	\$
X.	Objetos personales	Asalto en vía pública	\$

**Asistencias Familiares**

XI.	Asistencia en el hogar y en viajes				Amparar	Si		No	
	Extensión de garantía de asistencia en viajes internacionales.				Amparar	Si		No	
	Meditel (consulta médica por teléfono enfermedades no graves)				Amparar	Si		No	
	Gastos finales		Titular	Familiar	Suma Asegurada		\$		
	Asesoría legal				Amparar	Si		No	
	Servicio asistencia informática				Amparar	Si		No	
	Ambulancia terrestre a domicilio				Amparar	Si		No	
	Envío médico a domicilio				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.

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.

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.

**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 México, S.A. pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**, en caso de dudas o aclaraciones de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas, con número de teléfono (55) 5230 7090 o (01 800) 717 1819 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia: San Pedro de los Pinos, Delegación: Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México, 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 (01 800) 999 80 80, 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).

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.

**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, a partir del día 30 de Agosto del 2018, con el número BADI-S0041-0029-2018 / CONDUSEF-002272-02.**

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

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