

"Solicitud de póliza / endoso Seguro de Mascotas (caninos)"

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	
--------------------	--

Folio Expediente Cliente:	
---------------------------	--

Datos fiscales del Cliente

Nombre/Razón Social del Interesado:							
*RFC:		*CURP / Folio mercantil:		Fecha de nacimiento / constitución:			
*FEA:		Nacionalidad:		Correo electrónico:			
Página internet:				Teléfono:		Ext.	
Nombre del Representante Legal:				Teléfono:		Ext.	
Calle:		No. exterior:		No. interior:		Código Postal:	
Colonia:		Municipio / Delegación:				Estado:	

Datos generales de la póliza

Clave de Agente 1:		Nombre:		Correo electrónico:		% de participación:	
Clave de Agente 2:		Nombre:		Correo electrónico:		% de participación:	
Vigencia anual :		Moneda:		Forma de pago:	Contado		
Medio de pago:		Otro, indicar:		Número de tarjeta / cuenta (Últimos 4 dígitos):			

Conceptos económicos

Suma asegurada total: \$		Cuota:		Deducible:	
Prima neta asegurada: \$		Gastos de expedición: \$		*IVA:	
				Prima total de póliza: \$	

Características de la mascota

Especie:	Canino	Número de animales:		Fin zootécnico:		Mascota		Lazarillo		Detector de epilepsia
Nombre:		Raza:		Sexo:				Edad:		
Color:		Fecha de nacimiento:		Peso:		Tamaño:				
Número de registro:		Número de chip:		Valor del animal:						
Seña particular:										

Coberturas, sumas aseguradas y condiciones de aseguramiento

Coberturas	Básico	Premium	Plus
Muerte o sacrificio forzoso	X	X	X
Gastos funerarios	X	X	X
Gastos médicos de terceros por ataque del perro	X	X	X
Gastos de búsqueda en caso de extravío		X	X
Gastos médicos por accidente		X	X
Hospedaje del animal en caso de hospitalización del propietario		X	X
Gastos médicos por enfermedades no prevenibles			X
Robo con violencia			X

Datos del médico veterinario que atiende al perro

Nombre:		Cédula profesional:	
Nombre de la clínica veterinaria que atiende al perro:			
Dirección de la clínica:		Teléfono:	

Cuestionario

Vive solo (a) y únicamente con su mascota:		Si		No	El perro duerme en la azotea :		Si		No
Describe el lugar donde habita el perro:									
El perro es vacunado por campañas zoonosanitarias:		Si		No	El perro sale de viaje:		Si *		No
* Con qué frecuencia y qué transporte usa:									
El perro tiene cartilla de vacunación y desparasitación completa:		Si**		No	**Favor de adjuntar copia				
Con qué frecuencia visita al veterinario:									
¿Cuáles son los motivos por los que visita el veterinario?									
Se le han practicado cirugías al perro		***Si		No	***Hace cuanto tiempo se le practicaron:				
¿Qué tipo de cirugías?									
¿Qué enfermedades ha padecido el perro en el último año?									
¿Cuántos perros viven en la misma casa?		¿Con qué frecuencia convive con otros perros fuera de la casa?							
¿Cuál es la frecuencia y tipo de alimentación del perro?									

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 / IVA: Impuesto al Valor Agregado / No.: Número / MVZ Médico Veterinario Zootecnista.

EN CASO DE MASCOTAS DE ALTO VALOR, ANEXAR COPIA DEL PEDIGREE, CARTILLA DE VACUNACIÓN, FOTO, CERTIFICADOS Y VALORACIÓN DEL MVZ QUE ATENDIÓ AL PERRO.

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

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 5230 7090 o (01 800) 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 (01 800) 999 80 80, 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

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 19 de Septiembre de 2012, con el número CNSF-S00041-0394-2012 / CONDUSEF-002391-01/ Paquete.

Nombre y firma del Interesado o Representante Legal

Nombre, clave y firma del Agente