

Cotización	
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.

Folio Expediente Cliente:

Fecha de Solicitud

## \* Campos Obligatorios

### Datos generales del Cliente

*Nombre/Razón Social del Interesado:	<input type="text"/>	*Apellido Paterno:	<input type="text"/>
*Apellido Materno:	<input type="text"/>	*RFC (Con Homoclave):	<input type="text"/>
*CURP/Folio Mercantil:	<input type="text"/>		
*Fecha de Nac./Constitución:	<input type="text"/>	*Correo electrónico:	<input type="text"/>
*Teléfono:	<input type="text"/>		
*FEA:	<input type="text"/>	*Ocupación / Actividad:	<input type="text"/>
*Nacionalidad:	<input type="text"/>		
Página internet:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Extensión:	<input type="text"/>		
Nombre (s) del representante legal:	<input type="text"/>	Apellido Paterno del representante legal:	<input type="text"/>
Apellido Materno del representante legal:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Extensión:	<input type="text"/>		
País de Domicilio:	<input type="text"/>	Código Postal:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>		
Ciudad o Población:	<input type="text"/>	Alcaldía / Municipio:	<input type="text"/>
Colonia:	<input type="text"/>	Calle:	<input type="text"/>
No. Exterior:	<input type="text"/>	No. Interior:	<input type="text"/>

### Datos generales de la póliza

Clave Agente 1:	<input type="text"/>	Nombre Completo:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>	% de participación:	<input type="text"/>
Clave Agente 2:	<input type="text"/>	Nombre Completo:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>	% de participación:	<input type="text"/>
Vigencia:	Inicio:	<input type="text"/>	Término:	<input type="text"/>	Moneda:	Forma de pago:	Contado
Medio de pago:	<input type="text"/>	Otro, indicar:	<input type="text"/>		Número de tarjeta / cuenta (Últimos 4 dígitos):	<input type="text"/>	
Beneficiario preferente:	<input type="text"/>						

### Conceptos económicos

Suma asegurada total: \$	<input type="text"/>	Cuota:	<input type="text"/>	Deducible:	<input type="text"/>
Prima neta asegurada: \$	<input type="text"/>	Gastos de expedición: \$	<input type="text"/>	Prima total Asegurado: \$	<input type="text"/>
Prima Neta Gobierno Federal: \$	<input type="text"/>	Prima Neta Póliza: \$	<input type="text"/>		

### Datos del Riesgo

Esquema:	<input type="text"/>													
Especie:	Bovino	<input type="checkbox"/>	Ovino	<input type="checkbox"/>	Caprino	<input type="checkbox"/>	Porcino	<input type="checkbox"/>	Aves	<input type="checkbox"/>	Equinos	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Fin zootécnico:	Leche	<input type="checkbox"/>	Carne Engorda	<input type="checkbox"/>	Cría	<input type="checkbox"/>	Huevo	<input type="checkbox"/>	Doble propósito	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		
No. de animales:	Hembras			Machos			Raza:			<input type="text"/>				
Tabla de indemnización:	Valor por Hembra \$			Valor por Macho \$			S.A. Total \$			Franquicia: <input type="text"/>				
Dirección de la unidad de producción:	Calle:		<input type="text"/>		No. exterior:		<input type="text"/>		No. interior:		Código Postal: <input type="text"/>			
Colonia:	Municipio:			<input type="text"/>			Estado:			<input type="text"/>				
	Coordenada: <input type="text"/>													

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

<b>COBERTURAS BÁSICAS:</b>			
Muerte ó Sacrificio Forzoso por Accidente	SI		
Muerte ó Sacrificio Forzoso por Enfermedad Enzootica	SI		
Muerte ó Sacrificio Forzoso por Parto Distosico	SI		
<b>COBERTURAS OPCIONALES:</b>			
Perdida de la función Reproductiva en Sementales de Registro	SI		
Muerte por enfermedades Epizooticas y Exóticas Previamente Convenidas con el Asegurado	SI		
Muerte Accidental Durante el Transporte del Animal	SI		
Intoxicación ó Envenenamiento	SI		

**Dirección y croquis para llegar a la ubicación del riesgo:****Cuestionario**

<b>DATOS DEL ASESOR TÉCNICO</b>									
¿Cuenta con asesoría técnica?	SI		NO		Profesión del asesor:		Teléfono:		
Nombre de la persona que lo asesora:									
Domicilio:							Cédula Profesional:		
¿Atiende a los animales tiempo completo?	SI		NO*		*Con que frecuencia				
¿Cuántos animales se le han muerto en los últimos 3 años					% de mortalidad anual		% por ciclo		
Indique las causas:									
<b>MEDIDAS SANITARIAS PARA PROTEGER LA SALUD DE LOS ANIMALES</b>									
¿Tiene vado de desinfección?	SI		NO						
¿Tiene tapetes sanitarios?	SI		NO						
1.- Vacunas:					Fecha:		*Anexar calendario de vacunación y desparasitación		
¿Aplica antibióticos?	SI*		NO		*Causas				
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS INSTALACIONES</b>									
¿Donde pasan la noche los animales?	Estabulados				Campo Abierto		Otro:		Indicar:
¿Cuenta con bebederos?	SI*		NO		*Material				
¿Cuenta con comederos?	SI*		NO		*Material				
<b>ALIMENTACIÓN DE LOS ANIMALES</b>									
Concentrado:			Suplemento:				Forraje:		
Otro, especifique:									
¿Tiene almacén de alimento?	SI*		NO		*Describe y anote su capacidad				
¿Cuenta con reserva de agua?	SI*		NO		*Describe y anote su capacidad				

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA															
Nombre y experiencia del encargado de los animales:															
Antigüedad en la empresa															
Los animales están asegurados			SI*		NO	*¿Con qué compañía?									
Número de reclamaciones que ha presentado:								Cantidad Indemnizada:							
Describa brevemente el manejo diario de los animales															
SOLO PARA SOLICITAR ASEGURAMIENTO DE BOVINOS, OVINOS Y CAPRINOS															
Sistema de producción				Intensivo				Extensivo				Semintensivo			
¿Implanta al ganado de engorda?			SI		NO	¿Tiene algún sistema para evitar alambramiento?(RTP)			SI		NO				
Describa el material de los corrales															
Describa los sombreaderos															
Sala de ordeño			SI		NO	Número de plazas			Tipo de sala						
¿Cuenta con manga de manejo			SI*		NO	*Describa:									
Anote la producción promedio diaria o por ciclo						Leche:			Ganancia diaria de peso en ganado de engorda						
Crías al año			En caso de no tener registros anotar la razón:												
Porcentaje de mortalidad anual y principal causa															
Reproducción				Monta directa				Inseminación artificial							
Porcentaje anual de reemplazos en ganado lechero						Causa principal de reemplazo									
SOLO PARA SOLICITAR ASEGURAMIENTO DE EQUINOS Y SUS HÍBRIDOS															
Descripción del tipo y material de las caballerizas:															
Describa los picaderos:															
¿Cuenta con remolque propio?			SI*		NO	*Describa el remolque									
¿Cuenta con caballerango?			SI*		NO	*Nombre y años de experiencia									
Uso de los animales			Paseo		Salto	Exhibición			Otro:						
REPRODUCCIÓN															
REPRODUCCIÓN				Monta directa				Inseminación artificial							
El animal ha tenido cirugías			SI*		NO	*Cuales			Problemas de patas						
*Indique problemas de patas															
SOLO PARA SOLICITAR ASEGURAMIENTO DE PORCINOS															
¿Cuenta con vado sanitario?			SI		NO	¿Cuenta con vado sanitario?			SI		NO				
¿Cuenta con caseta de vigilancia y control de ingreso de vehículos a la granja?			SI		NO										
Descripción y tipo alojamiento:															
Descripción y tipo de bodegas de alimento:															
Sala de Maternidad			SI*		NO	*Describa:									
Sala o corral de empadres			SI*		NO	*Describa:									
Anote la producción promedio por ciclo						Lechones:			Ganancia diaria de peso en engorda						
Mortalidad al año:						En caso de no tener registros anotar la razón:									
REPRODUCCIÓN				Monta directa				Inseminación artificial							
Porcentaje anual de reemplazo de vientres:															
Causa principal de reemplazo:															
ANEXAR RESEÑA DE ANIMALES ASEGURADOS:															
INC						ARETE									
1:															
2:															

**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. / \*S.A.: Suma Asegurada.

**NOTA: El llenado de la solicitud se podrá realizar de manera digital, cabe mencionar que es indispensable la firma autógrafa del cliente.**

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 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](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)

**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 Diciembre de 2001, con el número DVAS-456/01 / CONDUSEF-002058-01/Paquete.**

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

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