

"Solicitud de póliza / endoso Seguro de Pecuario"

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.

Fecha de Solicitud		

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

Datos fiscales del Cliente

Nombre/Razón Social del Interesado:				Persona:	Física:	Moral:
*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 Agente 1:	Nombre:			Correo electrónico:			% de participación:
Clave Agente 2:	Nombre:			Correo electrónico:			% de participación:
Vigencia:	Inicio:	Término:			Moneda:	Forma de pago:	Contado
Medio de pago:	Otro, indicar:				Número de tarjeta / cuenta (Últimos 4 dígitos):		
Beneficiario preferente:							

Conceptos económicos

Suma asegurada total: \$	Cuota:	Deducible:
Prima neta asegurada: \$	Gastos de expedición: \$	Prima total Asegurado: \$
Prima Neta Gobierno Federal: \$	Prima Neta Póliza: \$	

Datos del Riesgo

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

Coberturas, sumas aseguradas y condiciones de aseguramiento

COBERTURAS BÁSICAS:		
Muerte ó Sacrificio Forzoso por Accidente	SI	
Muerte ó Sacrificio Forzoso por Enfermedad Enzootica	SI	
Muerte ó Sacrificio Forzoso por Enfermedad Enzootica	SI	
COBERTURAS OPCIONALES:		
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												
DATOS DEL ASESOR TÉCNICO												
¿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:												
MEDIDAS SANITARIAS PARA PROTEGER LA SALUD DE LOS ANIMALES												
¿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							
DESCRIPCIÓN DE LAS INSTALACIONES												
¿Donde pasan la noche los animales?		Estabulados			Campo Abierto			Otro:		Indicar:		
¿Cuenta con bebederos?		SI*		NO	*Material							
¿Cuenta con comederos?		SI*		NO	*Material							
ALIMENTACIÓN DE LOS ANIMALES												
Concentrado:				Suplemento:				Forraje:				
Otro, especifique:												
¿Tiene almacén de alimento?		SI*		NO	*Describa y anote su capacidad							
¿Cuenta con reserva de agua?		SI*		NO	*Describa 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						
Crias 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 SI* NO			
*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**

Acróminos: *RFC: Registro Federal de Contribuyentes / *FEA: Firma Electrónica Avanzada / *T: Tarjeta / *CURP: Clave Unica 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

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 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