

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:	
dd / mm / aaaa			
* 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:	
				Pesos	
Forma de pago:	Mensual	Medio de pago:	Tarjeta de débito	Otro, Indicar:	
Número de tarjeta / cuenta (Últimos 4 dígitos):					

Domicilio del riesgo (si éste es igual al fiscal, no es necesario llenar esta sección)

País de Domicilio:		Código Postal:		Estado:	
Ciudad o Población:		Alcaldía / Municipio:			
Colonia:		Calle:		No. Interior:	
				No. Exterior:	

Condiciones del riesgo

Descripción de la actividad que lleva a cabo:

Indicar el número de personas que laboran para usted (y que desarrollen actividades de intermediación de seguros y fianzas incluyendo trabajos administrativos:

Indique tipo, número de cédula CNSF y años de contar con la misma:

Indique cuál es el monto total de primas de seguro directo y de fianzas intermediadas: Moneda: Pesos Dólares

Presupuesto año próximo: Año actual: Año anterior:

Indique cuál es el monto total de primas de seguro directo y de fianzas percibidas: Moneda: Pesos Dólares

Presupuesto año próximo: Año actual: Año anterior:

Con relación a las primas intermediadas en el año actual, indique como se divide su cartera de seguros:

Indique las compañías aseguradoras y porcentajes de seguros y de fianzas:

➤ Incendio y sus pérdidas consecuenciales:	_____ %	
➤ Transporte de Mercancías:	_____ %	
➤ Aviación y sus responsabilidades:	_____ %	
➤ Buques y sus responsabilidades:	_____ %	
➤ Ramos técnicos y sus pérdidas consecuenciales:	_____ %	% MAPFRE México
➤ Agrícola:	_____ %	% (Nombre Aseguradora) _
➤ Ganado:	_____ %	% (Nombre Aseguradora) _
➤ Robo:	_____ %	% (Nombre Aseguradora) _
➤ Dinero y valores:	_____ %	% (Nombre Aseguradora) _
➤ Responsabilidad Civil:	_____ %	% (Otras) _
➤ Vida:	_____ %	Total 100%
➤ Automóviles y sus responsabilidades:	_____ %	
➤ Accidentes y enfermedades:	_____ %	
➤ Seguros de Crédito:	_____ %	
➤ Otros Seguros:	_____ %	
➤ Fianzas:	_____ %	
Total	100%	

Coberturas, sumas aseguradas y condiciones de aseguramiento

Coberturas	Suma Asegurada
Límite máximo de responsabilidad profesional Agentes:	\$

Si cuenta actualmente con un seguro de responsabilidad civil profesional, indique la(s) compañía (s) de seguros y las sumas aseguradas

Compañía Aseguradora	Suma Asegurada
1.-	\$
2.-	\$
3.-	\$

Indique si, con motivo de sus actividades profesionales, ha recibido, durante los últimos tres años, reclamaciones judiciales o extrajudiciales y si, dentro del mismo lapso, ha sufrido siniestros (detalle las sumas reclamadas, los daños ocasionados, sus causas, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los respectivos procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos).

Situaciones o eventos	Fecha del evento	Descripción	Monto reclamación	Monto Pagado
-----------------------	------------------	-------------	-------------------	--------------

Si tiene conocimiento de algún hecho en el ejercicio de su actividad profesional que pudiera conducir a un supuesto de reclamación, favor detallar:

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, las cuales se encuentran disponibles en www.mapfre.com.mx

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 declaran que se les informó de manera clara y detallada, previo a la contratación del producto, el alcance de la cobertura, la forma de conservarla o darla por terminada, las consecuencias de la rehabilitación, vigencia del producto, salvamentos, exclusiones y limitaciones, las cuales podrá consultar en cualquier momento en las Condiciones Generales del mismo que se encuentran disponibles en www.mapfre.com.mx, basadas en el Artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 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.

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 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 30 de Abril de 2025 con el número MODI-S0041-0003-2025 / CONDUSEF-001964-05.

Nombre y firma del Interesado o Representante Legal

Nombre, clave y firma del Agente