



MAPFRE TEPEYAC, S.A. RFC. MTE-440316 E54
 Av. Paseo de la Reforma No. 243, Colonia Cuauhtémoc,
 Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500 México, Distrito Federal.
 Tel. 01 (800) 0 62 7373 desde el interior de la República, para D.F. Tel. 6592 9000.

Automóviles Residentes Solicitud de Póliza o Endoso

FAVOR DE MARCAR CON UNA (X)

PÓLIZA NÚMERO:		INCISO:		Movimiento		Tipo de vehículo	
VIGENCIA MOVIMIENTO (día - mes - año)				Póliza Nueva		Automóviles	
Desde: / / Hasta: / /				Endoso		Camiones de Carga	
Clave Agente:		Nombre Agente:		Renovación		Motocicleta	
Serie:		Placas:				Autobús	
Motor:						Pickup Particular	
						Pickup Carga	
DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL							
RFC: letras año mes día homoclave		Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Número de hijos entre 16 y 25 años:		Apellidos Paterno, Materno y Nombre(s):					
Tipo de Licencia:		Profesión:					
Calle y Número (Residencia):				Colonia:			
Código Postal:				Estado:			
Población o Delegación:							
Población o Delegación donde circula:						Mismo donde reside <input type="checkbox"/>	
E-mail:				Teléfono Casa:			
Teléfono Oficina:				Celular:			
DATOS DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> Se realizó inspección							
Clave:		Marca y Modelo:		Color:		Año de fabricación	
Uso o Servicio Particular <input type="checkbox"/>		Otro (especifique):					
Tonelaje:		Con Cochera: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Inmovilizador o dispositivo de Rastreo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Compañía Proveedora del Servicio:				Número Serie del dispositivo:			
DATOS DEL REMOLQUE/SEMIREMOLQUE (Si se requieren coberturas diferentes a las del tractocamión favor de requisitar otra solicitud)							
Descripción del remolque (Habitación, utilería, etc.):							
Valor del remolque: \$		Clave del semiremolque:		Marca y Tipo:			
Año de fabricación:		Serie:		Placas:			
BENEFICIARIO PREFERENTE							
RFC: letras año mes día homoclave		Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) y/o Denominación o Razón Social:					
Calle y Número:(Residencia)							
Colonia:				Código Postal:			
Estado:		Población o Delegación:					
DATOS DEL CONTRATANTE <input type="checkbox"/> Personas Físicas <input type="checkbox"/> Personas Morales <input type="checkbox"/> Sociedades Financieras, Dependencias y Entidades Gubernamentales							
RFC: letras año mes día homoclave		C.U.R.P.:		Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
Fecha de Nacimiento y/o Fecha de constitución: día mes año				Folio Mercantil:			
País de Nacimiento:		Nacionalidad:		Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) y/o Razón Social:							
Ocupación o profesión / Actividad u objeto social:							
E-mail:				Calle:			
Colonia o Urbanización:				Avenida o Vía:			
Número Interior:		Número Exterior:		Municipio o Demarcación Política:			

Delegación:		Entidad Federativa:	
Código Postal:		Estado:	
Ciudad o Población:			
Teléfono Casa:		Teléfono Oficina:	Celular:
Número de serie del certificado digital de la FEA:			
IDENTIFICACIÓN OFICIAL Tipo:		Número:	Emisor:
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Gerente General <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Apoderado			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s):			
* ¿Ocupa o ha ocupado durante los últimos dos años algún cargo en la Función Pública?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cargo:	
Si la respuesta es afirmativa, favor de llenar el Anexo A			

Los campos en negritas deberán ser llenados de forma obligatoria.

	Número Paquete	<input type="checkbox"/>
--	-----------------------	--------------------------



Favor de indicar en este espacio los comentarios de la inspección realizada al vehículo y, en caso de endoso o renovación, el tipo de movimiento que desea, llenando en la solicitud únicamente los datos que cambian.

EN CASO DE EXTRANJEROS:

Dirección en el país de origen:		País:	
Ciudad:	Código Postal/Zip Code:	Teléfono:	

PAQUETES DE COBERTURAS							
Seguro Obligatorio	Seguro Básico Estandarizado	Responsabilidad Civil	Limitado	Amplio Básico	Amplio Estándar	Amplio Premium	Anote aquí el nombre o el número de paquete elegido: <input style="width: 100px;" type="text"/>

Si solicita amparar coberturas distintas a las incluidas en los paquetes anteriores, favor de llenar el siguiente cuadro:

Cobertura	Amparado	Excluido	Suma Asegurada	Deducible
1.- Daños materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valor Actual <input type="checkbox"/> Valor Comercial <input type="checkbox"/>	
2.- Pérdida total por daños materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valor Comercial +10 % <input type="checkbox"/> Valor Convenido <input type="checkbox"/>	
3.- Robo total Con Dispositivo <input type="checkbox"/> Sin Dispositivo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valor Factura <input type="checkbox"/>	
4.- Robo parcial (sólo para autos, la aceptación de esta cobertura está sujeta al tipo y uso del vehículo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cobertura 3
5.- Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.- Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus bienes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.- Cobertura Integral a Ocupantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.- Gastos médicos ocupantes (la aceptación de esta cobertura está sujeta al tipo y uso del vehículo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.- Daños ocasionados por carga Descripción del tipo de carga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valor:	No Aplica
10.- Equipo especial Descripción:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valor:	Coberturas 1 y 3
11.- Adaptaciones, Conversiones Descripción:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coberturas 1 y 3
12.- Accidentes al conductor _____ / _____ % Anotar Beneficiarios _____ / _____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		No Aplica

13.- Eliminación del deducible y devolución de prima por pérdida total en daños materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Aplica	Cobertura 1	
14.- Defensa jurídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Aplica		
15.- Extensión de Responsabilidad Civil y/o defensa jurídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Aplica		
16.- Asistencia completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Aplica		
17.- Auto sustituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Aplica		
18.- Otras (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Aplica		
COBRANZA					
Forma de pago:	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	
Conducto de cobro:	Agente <input type="checkbox"/>	Banco <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Débito <input type="checkbox"/>	Nombre del banco:
Domicilio de cobro diferente del contratante: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Nombre de Tarjetahabiente:					
Calle y Número:			Colonia:		
Código Postal:		Población o Delegación:			
Teléfono:		E-mail:			
Tarjeta de crédito/débito: Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Fecha sugerida de cobro (día/mes/año): / /					
Cargo automático a cuenta de cheques * Cuenta CLABE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Cargo automático a Tarjeta de Crédito / Débito *					
Fecha de vencimiento (día/mes/año): / / Número. Tarjeta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Dígito de Seguridad	

* Al suscribir el presente formato, autorizo a la Institución Financiera o Banco receptor indicado en esta solicitud, a realizar el cargo o pago de la póliza en la periodicidad y monto que se detalla, y en su caso en las respectivas renovaciones.

Declaro que el origen y procedencia de los fondos que se aplican por cuenta de mi representada respecto de los productos, contratos y servicios que solicita son de su propiedad y procedencia de actividades lícitas. Asimismo, manifiesto que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarlos cuando así consideren conveniente. Finalmente, se autoriza expresamente para utilizar la presente información por la sociedad controladora o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a MAPFRE Tepeyac, S.A., con las cuales se ha contratado o se llegue a contratar cualquier producto o servicio, o con lo que se mantiene o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que ni mi mandante ni el suscriptor realizarán transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

CERTIFICACIÓN DEL AGENTE: He inspeccionado el vehículo y me consta que no tiene daños preexistentes a esta solicitud. Asimismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos y los he corroborado.

Documentos exhibidos por el contratante (persona moral) **

Acta constitutiva o en caso de ser extranjero, copia legalizada y apostillada del documento que compruebe la legal existencia.

- Cédula de identificación fiscal
- Comprobante de domicilio de la empresa.
- Identificación oficial vigente del representante legal.
- Copia certificada del poder notarial o en caso de ser extranjero, copia legalizada y apostillada del documento que acredite al representante.

Documentos exhibidos por el contratante (persona física) **

- Identificación oficial vigente.
- Constancia de CURP.
- Cédula de identificación fiscal.
- Comprobante de domicilio.

****Se hace constar que las copias simples exhibidas coinciden con los originales que se tienen a la vista.**

* Se previene al solicitante que deberá de declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos a la firma del presente documento, en caso de existir omisiones o falsas declaraciones de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, esto podrá originar la pérdida de derecho del Asegurado.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los derechos a que se refieren los artículos 8°, 9° y 10° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro facultará a MAPFRE Tepeyac S.A., para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

*Adicionalmente el Asegurado acepta y se da por enterado de los alcances del presente contrato, los cuales han sido explicados de forma clara y detallada por parte del Agente.

”Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, 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 total-mente con los términos de la solicitud.”

Enviar póliza y futuras renovaciones al correo electrónico del contratante.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que actuo a nombre y por cuenta propia o con las facultades que mi representado(a) me ha otorgado; y que los recursos utilizados en este acto comercial provienen de actividades lícitas.

Declaro que se me informó, previo a la contratación del producto, que este cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que puedo consultar en cualquier momento en las Condiciones Generales del mismo, mismas que puedo consultar en www.mapfre.com.mx

Fecha de elaboración de solicitud (día/mes/año): / /

Firma Solicitante

Firma Agente

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de diciembre del 2012, con el número: CNSF-S0041-0704-2012”.

En caso de inconformidad, puedes presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), ubicada en Avenida Paseo de la Reforma 243 Colonia Cuauhtémoc, México, Distrito Federal 06500, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:00 horas a 17:00 horas y Viernes de 8:00 horas a 14:00 horas.

“MAPFRE Tepeyac, S.A., hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en: www.mapfre.com.mx”