



MAPFRE

MAPFRE TEPEYAC, S.A.
 Boulevard Magnocentro No.5, Col. Centro Urbano (Interlomas),
 Huixquilucan, Estado de México C.P. 52760 Teléfono: 5230-71-71
 R.F.C. MTE-440316E54

**“HOGAR BIEN SEGURO”
 SOLICITUD**

Cotización ()

Fecha: / /
 día mes año

Póliza ()

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ R.F.C. _____

y/o: _____ R.F.C. _____

Calle y número: _____ Colonia: _____

Población o delegación: _____ Estado: _____ C.P. _____

Persona: Física () Moral ()

E-Mail: _____ Teléfono _____

CONDICIONES DEL RIESGO:

I.-UBICACIÓN DEL RIESGO:

Calle y número: _____ Colonia: _____

Población o delegación: _____ Estado: _____ C.P. _____

Clave de agente: _____ Moneda: _____ Vigencia del _____ al _____

II.-CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO:

Renovación Automática: SI () NO ()

con revalorización de sumas aseguradas

- 1) Sin modificación de sumas aseguradas ()
- 2) Índice nacional de precios al consumidor ()
- 3) Porcentaje fijo () ____ %

Edificio	Suma Asegurada \$	_____
Contenidos	Suma Asegurada \$	_____
Pérdidas consecuenciales		
Remoción de escombros	Porcentaje	_____ %
Gastos extraordinarios	Porcentaje	_____ %
Pérdidas de rentas	Suma Asegurada \$	_____
Responsabilidad civil familiar	Suma Asegurada \$	_____
Robo de menaje	Suma Asegurada \$	_____
Joyas y artículos de valor	Suma Asegurada \$	_____
Dinero y valores	Suma Asegurada \$	_____
Gastos médicos por asalto	Suma Asegurada \$	_____
Cristales	Suma Asegurada \$	_____
Objetos personales	Suma Asegurada \$	_____
Equipo electrodoméstico	Suma Asegurada \$	_____
Asistencias familiares		
Asistencia en el hogar y asistencia en viajes	Amparar	SI () NO ()
Extensión de garantía de asistencia en viajes nacionales e internacionales.	Amparar	SI () NO ()
Meditel	Amparar	SI () NO ()
Gastos finales Titular () Familiar ()	Suma Asegurada \$	_____
Asesoría legal	Amparar	SI () NO ()
Servicio de asistencia informática	Amparar	SI () NO ()
Ambulancia terrestre a domicilio	Amparar	SI () NO ()
Envío médico a domicilio	Amparar	SI () NO ()

III.-DESCRIPCIÓN DEL INMUEBLE:

- 1.- Tipo de vivienda: Unifamiliar () Condominio: Vertical () Horizontal () Habita temporalmente: SI () NO ()
- 2.- Tipo de construcción, muros: _____ techos: _____
- 3.- Consta de sótanos: _____ / planta baja y pisos altos _____ Existe vigilancia las 24 hrs.: SI () NO ()
- 4.- ¿Cuenta con alarma, funcionando adecuadamente y recibiendo el mantenimiento necesario? SI () NO ()
- 5.- ¿Hay colindancia fincada? SI () NO ()
- 6.- ¿Desea contratar la cobertura de **Terremoto**? SI () NO ()
- 7.- ¿Desea contratar la cobertura de **Fenómenos Hidrometeorológicos**? SI () NO ()
- a) Instalaciones fijas SI () NO () Suma Asegurada \$ _____
- b) Edificios terminados SI () NO () Suma Asegurada \$ _____
- Descripción de las instalaciones fijas y/o edificios terminados: _____
- _____
- _____

INFORMACIÓN GENERAL:**FORMA DE PAGO:**

- Anual () Semestral () Trimestral () Mensual ()
- Conducto de envío: Agente () Compañía/Postal () Otros ()
- Conducto de cobro: Agente () Banco () Ventanilla Bancaria ()

MEDIO DE PAGO:**Cuenta de Cheques**

Cargo automático a cuenta de cheques número _____ Nombre del Banco _____

Tarjeta de Crédito:

Visa () Master Card () American Express () Otros ()

Número de cuenta _____ Fecha de cobro _____ Nombre del banco _____

***En caso de cobranza por banco de cargo automático a cuenta de cheques o tarjeta de crédito se deberá entregar el formato respectivo debidamente firmado.**

BENEFICIARIO PREFERENTE (razón social o banco): _____

Observaciones: _____

De acuerdo a la ley Sobre el Contrato de Seguro Artículos 8, 9 y 10, el solicitante debe declarar los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que tengan referencia a este cuestionario como los conozca o deba de conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia que la declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, y por lo 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 totalmente con los términos de la solicitud.

El asegurado firma la presente solicitud, confirmando que el agente expuso y explicó el alcance de las condiciones y coberturas del producto HOGAR BIEN SEGURO, ratificando su interés por las coberturas y condiciones seleccionadas en esta misma.

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

Nombre y Firma del solicitante
o representante legal

Nombre y Firma del Agente

NOTA IMPORTANTE: Anote con claridad y veracidad los datos que se soliciten en esta forma.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto con los artículo 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número: PPAQ-S0041-0055-2012 de fecha: 13 de Julio 2012.