

SOLICITUD PERSONA FISICA

Fecha: DD/MM/AA

DATOS DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

Nombre Cliente: _____ Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA _____ País de Nacimiento: _____

Entidad de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedique: _____

Domicilio: _____ CALLE O AVENIDA _____ No. EXTERIOR _____ No. INTERIOR _____

_____ COLONIA _____ ALCALDIA O MUNICIPIO _____ CIUDAD O POBLACIÓN _____

_____ ENTIDAD FEDERATIVA _____ C.P. _____ PAÍS _____

Número de Teléfono(s) del domicilio: _____ Otro: _____

Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella): _____

RFC (con homoclave): _____ CURP: _____

Página de Internet: _____ Correo electrónico: _____

* Señalar domicilio en territorio nacional en donde puedan recibir correspondencia en caso de que su domicilio de residencia sea en el extranjero:

PERFIL TRANSACCIONAL DEL CLIENTE

Instrumento Monetario con el que pagará: Transferencia Cheque Efectivo

Monto estimado de la prima mensual: De \$0 a \$500,000 De \$500,001 a \$1,000,000 Más de \$1,000,000

Número estimado de las Operaciones a realizar mensual: De 1 a 3 De 3 a 5 Más de 5

Tipo/Naturaleza de las Operaciones a realizar: _____

Frecuencia estimada de las Operaciones a realizar: Mensual Trimestral Anual

Origen de los recursos para la adquisición del producto: Venta de Autos Honorarios o sueldos Otro ¿Cuál? _____

Destino de los recursos: _____

Indique si Usted, su cónyuge, su concubina, su concubinario y/o las personas con las que mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, incluyendo dependientes económicos, así como las personas morales (sociedades y asociaciones) con las que mantenga vínculos patrimoniales han desempeñado funciones públicas en un país extranjero o en territorio nacional en los últimos 4 años.

Si No Nombre: _____ Parentesco: _____

¿Actúa por nombre o cuenta propia?

Si No Por cuenta de: _____

¿Es propietario de los recursos con los que se pagará la póliza?

Si No El propietario es: _____

DESCRIPCIÓN DE BIENES A ASEGURAR
CAMIONES Y TRACTOCAMIONES PROPIEDAD DEL SOLICITANTE

Coberturas	Selección Cobertura	Suma Asegurada Moneda Nacional	Deducibles	Tipo Deducible
1. Robo Total	<input type="checkbox"/>	\$	%	PORCENTAJE
2. Daños Materiales	<input type="checkbox"/>	\$	%	PORCENTAJE
3. Responsabilidad Civil Bienes	<input type="checkbox"/>	\$	NO APLICA	
4. Responsabilidad Civil Personas	<input type="checkbox"/>	\$	NO APLICA	
5. Gastos Médicos Ocupantes	<input type="checkbox"/>	\$	NO APLICA	

Propongo a Aseguradora Patrimonial Daños, S.A. la celebración de un contrato de Seguro para Tractocamiones, de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo a la información proporcionada anteriormente.

Este documento solo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Aseguradora Patrimonial Daños, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.	
Lugar y fecha:	Nombre y firma del Solicitante

NOTA: Favor de revisar en el anexo de esta Solicitud, la Documentación Complementaria que deberá anexar para su expediente, dependiendo si es Persona Física o Moral.

DATOS GENERALES DEL AGENTE

Clave	Nombre del Agente
-------	-------------------

El agente de seguros informó de manera clara y detallada el alcance real de la cobertura, así como la forma de conservarla o darla por terminado, como establece el Artículo 96 fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Medios de pago.

Los medios de pagos convenidos por la aseguradora, son los siguientes:

1. Transferencia bancaria a las cuentas bancarias autorizadas por La Aseguradora.
2. Cheque, mismo que deberá expedirse a nombre de Aseguradora Patrimonial Daños, S.A. y será recibido salvo buen cobro, en términos del Artículo 7o. de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, y deberá ser depositado en las cuentas bancarias autorizadas por La Aseguradora.

Para cualquier comunicación, aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de La Aseguradora que se encuentra ubicada en Av. Presidente Masaryk 67, Col. Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11570, Ciudad de México, con el teléfono 55 5249-8660, con un horario de atención de 8:00 a 17:00 horas, correo electrónico: unidad.especializada@apatrimonial.com.mx, visite www.apatrimonial.com.mx; o bien comuníquese a CONDUSEF al teléfono 55 53 40 09 99 en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef

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 02 de enero de 2023, con el número CNSF-S0100-0011-2023

PÓLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN EL RECAS MEDIANTE NÚMERO CONDUSEF-005639-01

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

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 datos de la solicitud.

SOLICITUD PERSONA MORAL

Fecha: DD/MM/AA

DATOS DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

Denominación o Razón Social: _____

Fecha de Constitución: DD/MM/AA Folio Mercantil: _____

Nacionalidad: _____ RFC (con homoclave): | | | | | | | | | | | | | | | |

Giro mercantil, actividad y objeto social: _____

Domicilio: CALLE, VIA O AVENIDA No. EXTERIOR No. INTERIOR

COLONIA ALCALDIA O MUNICIPIO CIUDAD O POBLACIÓN

ENTIDAD FEDERATIVA C.P. PAÍS

Número de Teléfono(s) del domicilio: _____ Otro: _____

Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada(cuando cuente con ella): _____

Página de Internet: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de contacto: _____

PERFIL TRANSACCIONAL DEL CLIENTE

Instrumento Monetario con el que pagará: Transferencia Cheque Efectivo

Monto estimado de la prima mensual: De \$0 a \$500,000 De \$500,001 a \$1,000,000 Más de \$1,000,000

Número estimado de las Operaciones a realizar mensual: De 1 a 3 De 3 a 5 Más de 5

Tipo/Naturaleza de las Operaciones a realizar: _____

Frecuencia estimada de las Operaciones a realizar: Mensual Trimestral Anual

Origen de los recursos para la adquisición del producto: Venta de Autos Honorarios o sueldos Otro ¿Cuál? _____

Destino de los recursos: _____

Mencione si los socios o accionistas, los miembros del Consejo de Administración o el Administrador único han desempeñado funciones públicas en un país extranjero o en territorio nacional en los últimos 4 años:
 Si No Nombre: _____

DATOS DEL APODERADO (SIN ABREVIATURAS)

Nombre: _____

Apellidos: _____

CURP: | | | | | | | | | | | | | | | | RFC(con homoclave): | | | | | | | | | | | | | | | |

Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada(cuando cuente con ella): _____

En caso de ser extranjero: _____

Domicilio: _____

Número de identificación fiscal y/o equivalente: _____

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS A ASEGURAR
CAMIONES Y TRACTOCAMIONES PROPIEDAD DEL SOLICITANTE

Coberturas	Selección Cobertura	Suma Asegurada Moneda Nacional	Deducibles	Tipo Deducible
1. Robo Total	<input type="checkbox"/>	\$	%	PORCENTAJE
2. Daños Materiales	<input type="checkbox"/>	\$	%	PORCENTAJE
3. Responsabilidad Civil Bienes	<input type="checkbox"/>	\$	NO APLICA	
4. Responsabilidad Civil Personas	<input type="checkbox"/>	\$	NO APLICA	
5. Gastos Médicos Ocupantes	<input type="checkbox"/>	\$	NO APLICA	

Propongo a Aseguradora Patrimonial Daños, S.A. la celebración de un contrato de Seguro para Tractocamiones, de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo a la información proporcionada anteriormente.

Este documento solo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Aseguradora Patrimonial Daños, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.	
Lugar y fecha:	Nombre y firma del Solicitante

NOTA: Favor de revisar en el anexo de esta Solicitud, la Documentación Complementaria que deberá anexar para su expediente, dependiendo si es Persona Física o Moral.

DATOS GENERALES DEL AGENTE

Clave	Nombre del Agente
-------	-------------------

El agente de seguros informó de manera clara y detallada el alcance real de la cobertura, así como la forma de conservarla o darla por terminado, como establece el Artículo 96 fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Medios de pago.

Los medios de pagos convenidos por la aseguradora, son los siguientes:

1. Transferencia bancaria a las cuentas bancarias autorizadas por La Aseguradora.
2. Cheque, mismo que deberá expedirse a nombre de Aseguradora Patrimonial Daños, S.A. y será recibido salvo buen cobro, en términos del Artículo 7o. de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, y deberá ser depositado en las cuentas bancarias autorizadas por La Aseguradora.

Para cualquier comunicación, aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de La Aseguradora que se encuentra ubicada en Av. Presidente Masaryk 67, Col. Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11570, Ciudad de México, con el teléfono 55 5249-8660, con un horario de atención de 8:00 a 17:00 horas, correo electrónico: unidad.especializada@apatrimonial.com.mx, visite www.apatrimonial.com.mx; o bien comuníquese a CONDUSEF al teléfono 55 53 40 09 99 en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef

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 02 de enero de 2023, con el número CNSF-S0100-0011-2023

PÓLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN EL RECAS MEDIANTE NÚMERO CONDUSEF-005639-01

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

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 datos de la solicitud.