

**Datos del Contratante**

Nombre o Razón Social:			
Persona Física o Moral:	RFC:	CURP:	
Nombre del Representante Legal:			
ID del Representante Legal:			
Giro de la Empresa:			
Domicilio:			
C.P.:	Ciudad:	Estado:	
Teléfono:		Correo Electrónico:	
El interés del Asegurado sobre los bienes por asegurar es en calidad de:		Propietario: <input type="checkbox"/>	
		Arrendatario: <input type="checkbox"/>	

**Datos del Asegurado (Sólo si es diferente al contratante)**

Nombre:	RFC:
CURP:	Relación con el solicitante:
Teléfono:	Correo Electrónico:

**Datos del Bien Asegurado**

Área/Ubicación de operación:	
Uso y/o tipos de trabajos:	
<b>Vigencia del seguro</b>	
Fecha de inicio del seguro:	Hora de inicio:
Fecha de término del seguro:	Hora de termino:

**Información del Equipo Asegurado**

¿Qué medidas de protección contra incendios existen en la ubicación donde se encuentra el equipo?:	Rociadores: <input type="checkbox"/>	Extintores: <input type="checkbox"/>
	Arena: <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
¿La instalación eléctrica cuenta con conexión a tierra aislada?:	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
Última revisión de instalaciones eléctricas donde se ubican los equipos:	Fecha:	
¿Con qué medidas de seguridad cuentan las instalaciones de(los) equipo(s) asegurados?:		

**Riesgos Cubiertos****Suma asegurada (Total)**

Cobertura básica de la "A" a la "J"	\$ _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Incendio, impacto directo de rayo, implosión, explosión, extinción de incendios.</li> <li>b) Humo, hollín, gases, líquidos o polvos corrosivos, acción del agua o humedad que no provengan de las condiciones atmosféricas comunes en la región.</li> <li>c) Cortocircuito, arco voltaico, perturbaciones por campos magnéticos, sobretensiones causadas por rayo, tostadura de aislamientos.</li> <li>d) Defectos de fabricación, de material, de diseño o de instalación.</li> <li>e) Errores de manejo, descuido, negligencia, impericia o mala intención del personal del Asegurado.</li> <li>f) Actos mal intencionados y dolo de terceros.</li> <li>g) Pérdidas o daños materiales causados por robo con violencia, tentativa de tal robo o por robo sin violencia.</li> <li>h) Hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes que no sean causados por terremoto o erupción volcánica, granizo y helada.</li> <li>i) Cuerpos extraños que se introduzcan en los Bienes Asegurados.</li> <li>j) Otros Daños no excluidos en esta póliza o que deban ser amparados mediante convenio expreso.</li> </ul>	



Bajo Convenio Expreso	Amparado	Suma asegurada
a) Terremoto y/o erupción volcánica.	<input type="checkbox"/>	_____
b) Granizo, ciclón, huracán o vientos tempestuosos.	<input type="checkbox"/>	_____
c) Inundación.	<input type="checkbox"/>	_____
d) Huelgas, alborotos populares, conmoción civil, vandalismo y daños por actos de personas mal intencionadas.	<input type="checkbox"/>	_____
e) Robo sin violencia.	<input type="checkbox"/>	_____
f) Gastos adicionales por concepto de flete express no aéreo, trabajos en días festivos y horas extras, siempre que tales gastos sean erogados con motivo de la reparación de un daño cubierto.	<input type="checkbox"/>	_____
g) Gastos por flete aéreo erogados con motivo de la reparación de un daño cubierto.	<input type="checkbox"/>	_____
h) Daños que sobrevengan en el equipo electrónico asegurado a consecuencia de daño material en el equipo de climatización.	<input type="checkbox"/>	_____
i) Equipos móviles y portátiles dentro o fuera de los predios señalados en la carátula de la póliza.	<input type="checkbox"/>	_____

**Indicar el uso y características principales de los equipos por Asegurar:****Persona Responsable para la atención de la póliza**

Nombre:		Puesto:	
Teléfono (ext.):		Ubicación:	
		Correo:	

**Pago de primas**

Tipo de Moneda:	Pesos (MXN) <input type="checkbox"/>	Dólares (USD) <input type="checkbox"/>	Otra (Especificar) <input type="checkbox"/>
Forma de Pago	Instrumento de cobro		
Elija un elemento.	Elija un elemento.		

**Nota importante (Leer antes de firmar)**

El contratante o solicitante debe declarar tal y como los conozca todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se ampara en esta solicitud.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado y/o representante de éstos, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, la Compañía podrá rescindir el Contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en relación con los Artículos 8, 9 y 10 de la citada Ley.

**Declaración de la veracidad**

Hago constar que la información y respuestas proporcionadas en esta solicitud son exactas, veraces y completas, reconozco que estos datos constituyen la base del Contrato de Seguro y que en caso de que la Aseguradora demostrase cualquier inexactitud u omisión implicaría la nulidad automática de la solicitud.

Lugar y fecha	Firma del Solicitante

**Información del Agente**

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente está obligado a informar de manera amplia y detallada el alcance real de la cobertura del seguro, así como la forma de conservarla o darla por terminada. Le informamos que el Agente de Seguros recabará información y documentación personal, realizará una entrevista y dará cumplimiento a las medidas y procedimientos implementados por la Compañía Aseguradora para detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, por tal motivo, en caso de que pudiera ubicarse en alguno de los actos señalados anteriormente, generará la improcedencia en el pago, nulificando el seguro de forma automática.

Nombre Completo del Agente:

RFC:

Correo electrónico:

Clave del Agente:

Teléfono:

---

Firma

**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 09 de junio de 2021, con el número CNSF-S0128-0541-2020/ CONDUSEF-004730-03.**

**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.**

**Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones**

Volcán 214, Lomas de Chapultepec, Primera Sección C.P. 11000

Teléfono: (01 800) 1010053 y (55) 3600 9600 Correo electrónico:

[une@sppseguros.com.mx](mailto:une@sppseguros.com.mx)



<b>Especificaciones de los Equipos Por Asegurar</b>					
Marca	Modelo	No. Serie	Año de Fabricación	Descripción de los Equipos	Suma asegurada