

# Solicitud de Seguro



**Automóviles Residentes**

Todos los campos son obligatorios

Camión  Autobús

Datos del Asegurado

<b>Nombre o Razón Social</b>			<b>Tipo de Persona</b>		
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre (s)		Moral <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/>
<b>RFC</b>		<b>Beneficiario Preferente (para el caso de Financiamiento)</b>			
<hr/>					
<b>Conductor Habitual</b>					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
<hr/>					
<b>Dirección del Asegurado</b>					
Calle		Número Exterior	Número Interior	Colonia	
Código Postal		Estado	Alcaldía o Municipio		
<hr/>					
<b>Teléfono</b>			<b>Folio Mercantil</b>		
Local		Celular			
<hr/>					
<b>Serie de Certificado Digital (F.E.A)</b>		<b>Nacionalidad</b>	<b>País de Nacimiento</b>	<b>Ocupación (Giro)</b>	
<hr/>					
<b>CURP</b>		<b>Correo Electrónico</b>		<b>Fecha de Nacimiento / Constitución</b>	

Vehículo

<b>Clave</b>		<b>Descripción y Tipo</b>		<b>Modelo</b>	<b>Color</b>
				Año	
<b>Serie</b>			<b>No. Motor</b>	<b>Capacidad</b>	
<hr/>					
<b>Placas</b>	<b>¿Tu Auto es de Salvamento?</b>	<b>Tipo de Transmisión</b>	<b>¿Origen de tu Auto?</b>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Automática <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>		

Coberturas

- Daños Materiales
- No Pago de Deducible por Pérdida Total por Daños Materiales
- No Pago de Deducible por Pérdida Parcial por Daños Materiales
- Únicamente Pérdida Total (UPT)
- Robo Total
- Responsabilidad Civil Daños a Terceros (L.U.C.)<sup>1</sup>
- Gastos Médicos Ocupantes
- Defensa Jurídica y Asistencia Legal
- ANA Asistencia
- Extensión de Coberturas
- Auto Sustituto por Pérdida Total por Daños Materiales<sup>2</sup>
- Gastos por Muerte Accidental o Pérdida Orgánica
- Responsabilidad Civil Ocupantes
- Equipo Especial
- Adaptaciones y/o Conversiones
- Blindaje
- Responsabilidad Civil Viajero

Suma Asegurada	Deducible
	----
	----
	----
	----
	Beneficiario
	25%
	----

## Paquete de Coberturas

<b>Tipo de Auto</b>	<b>Formas de Pago</b>
Particular <input type="checkbox"/>	Contado <input type="checkbox"/>
Comercial <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
Servicio Público <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>
	Cuatrimestral <input type="checkbox"/>
	Mensual <input type="checkbox"/>
<b>Tipo de Pago</b>	
Efectivo <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>
	Depósito Bancario <input type="checkbox"/>
<b>Vigencia desde</b>	
Día / Mes / Año	
<b>Vigencia hasta</b>	
Día / Mes / Año	
<b>Tipo de Caja o Carrocería</b>	
Número de Remolques	
Tipo de Carga	
<b>Otras Coberturas</b>	

- Responsabilidad Civil Catastrófica por Muerte a Terceras Personas
- Devolución de Prima Pagada y No Aplicación del Deducible
- Grúa por Colisión
- Multas y Corralones
- Desbielamiento por Penetración de Agua al Motor
- Reparación en Agencia
- Maniobras de Carga y Descarga
- Maniobras de Grúa para Rescate y Salvamento

Suma Asegurada	Deducible
	----
	----
	----
	----
	----
	50 UMA Diaria <sup>3</sup>
	80 UMA Diaria <sup>3</sup>

<sup>1</sup>(L.U.C.) Límite Único y Combinado <sup>2</sup>Según Condiciones Generales <sup>3</sup>UMA DIARIA: Unidad de Medida y Actualización Diaria

¿Es usted el propietario real de los recursos que se emplean para el pago de la prima de seguro? Sí \_\_\_ NO \_\_\_

**En caso de que usted no sea el propietario real de los recursos, es necesario avisar a la Aseguradora de manera directa, o por conducto de su agente de seguros y/o ejecutivo de cuenta, quiénes son los propietarios reales y/o proveedores de los recursos, y en su caso, proporcionar los datos y documentos adicionales que se le soliciten para identificar a dichas personas.**

**Aviso:** Tanto el producto de seguro, como a las coberturas elegidas o a contratar, aplican limitantes, exclusiones, así como condiciones particulares para cada una de ellas, contenidas en condiciones generales, las cuales pueden ser consultadas en [www.anaseguros.com.mx/condiciones](http://www.anaseguros.com.mx/condiciones)

**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.**

#### AVISO DE PRIVACIDAD

A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V., tiene el gusto de avisarte que los datos personales que has proporcionado para la celebración del presente contrato de seguro, serán tratados con plena confidencialidad de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y su utilización será de conformidad con dicha Ley y para los fines del contrato. Atento a lo anterior autorizas que sea utilizada o transferida a empresas del mismo grupo, relacionadas, asociados, o terceros relacionados (nacionales o extranjeros) de manera directa o indirecta, a efecto de hacerte llegar información que puede ser de tu interés, así como para fines de identificación, operación, administración, análisis, crecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Podrás ejercer tus derechos de acceso, rectificación, oposición, cancelación, divulgación, limitación de uso y revocación de consentimiento a partir del 6 de enero de 2012, mediante solicitud por escrito entregada en cualquiera de sus oficinas de servicio (direcciones disponibles "www.anaseguros.com.mx"), o en su oficina matriz, esta última ubicada en Tecoyotitla No. 412, Col. Exhacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01050, Ciudad de México, o en su caso a través de la página de internet antes señalada.

A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V., te informará cualquier modificación al presente aviso, mediante la publicación de un anuncio en su página de internet.

El asegurado y/o contratante, en su calidad de proponente, puede acceder a la página de internet de la institución [www.anaseguros.com.mx](http://www.anaseguros.com.mx), para conocer los alcances de la oferta del presente seguro.

#### UNIDAD ESPECIALIZADA

Si requiere orientación o presentar alguna queja le informamos que nuestra Unidad Especializada se encuentra en Tecoyotitla No. 412 Col Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01050 Ciudad de México, y

para ubicar la oficina más cercana a su domicilio podrá consultarlo en:

[http://www.anaseguros.com.mx/anaweb/informacion\\_del\\_asegurado.html](http://www.anaseguros.com.mx/anaweb/informacion_del_asegurado.html) los números de atención telefónica en la Ciudad de México 55 5322 8200 y para el Interior de la República 800 835 3262 o al correo electrónico: [une@anaseguros.com.mx](mailto:une@anaseguros.com.mx)

CONDUSEF pone a su disposición de igual manera en Av. Insurgentes Sur No. 762, Col Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México C.P. 03100. Teléfonos 55 5340 0999 y desde el Interior de la República 800 999 8080 o al correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

**De acuerdo con los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el proponente debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia a esta solicitud, como los conozca, o debe conocer al momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración, inexacta o falsa declaración de los hechos importantes podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o beneficiario en su caso.**

**Por este conducto declaramos y aceptamos que todos los datos e informes proporcionados en la presente propuesta son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo. El agente de seguros explicó de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo, proporcionó a la Institución de Seguros, la información precisa y relevante que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga, a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas.**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Clave
Teléfono		Correo Electrónico	
Firma del Solicitante		Firma del Agente	
Tipo de Identificación		Folio	
Lugar y Fecha			

Observaciones del vehículo y/o inspección del estado del vehículo

Firma del agente: únicamente para efectos administrativos, tiene conocimiento de los bienes que se pretenden asegurar, así como del estado físico de los mismos y corrobora que son los que se especifican en la presente solicitud.

**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 01 de agosto de 2023, con el número CNSF-S0089-0259-2023/CONDUSEF-006065-01.**