



Av. Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos
Del. Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México
Teléfono 6592 9000, RFC MTE-440316-E54

SOLICITUD PLAN SERVICIOS FUNERARIOS

No. Solicitud _____

Esta solicitud debe llenarla el solicitante de su puño y letra y no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras o se ha omitido algún dato.

Datos del contratante					
RFC		CURP		Relación con el solicitante	
Nombre(s):		Apellido paterno		Apellido materno	
Domicilio(calle y número)		Colonia		Municipio o Delegación	
CP		Población		Teléfono	
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo	
Estado civil		Ocupación			

Datos del solicitante titular					
RFC		CURP		Sexo	
Nombre(s):		Apellido paterno		Apellido materno	
Domicilio(calle y número)		Colonia		Municipio o Delegación	
CP		Población		Teléfono	
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo	
Estado civil		Ocupación			

En caso de requerir la cobertura para el Cónyuge, completar la siguiente información:					
Nombre del solicitante		RFC		Edad	
Sexo		Parentesco		Estado civil	

Hábitos del solicitante Titular							
Actualmente					Si en el pasado hizo uso de uno a varios de esos productos indique		
					Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad	Frecuencia	ddmmaa	ddmmaa	
¿Alguna vez ha fumado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>							
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Tipo de droga o estimulante?							

Hábitos del solicitante Cónyuge (Sólo en caso de requerir la cobertura para el Cónyuge)							
Actualmente					Si en el pasado hizo uso de uno a varios de esos productos indique		
					Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo
	Sí	No	Cantidad	Frecuencia	ddmmaa	ddmmaa	
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Alguna vez ha fumado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Fuma? Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Tipo de droga o estimulante?							

Cuestionario médico (obligatorio)					
		Solicitantes			
		Titular		*Cónyuge	
		Sí	No	Sí	No
1	¿Ha sido examinado o tratado durante los 2 últimos años por algún médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente? (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Ha disminuido o aumentado su peso 10kg o más en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kg aumentados	_____		_____	
	Kg disminuidos	_____		_____	
6	Estatura	_____		_____	
	Peso	_____		_____	
7	¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografías de algún órgano en concreto, curva de glucosa, pruebas de la función renal o hepática, examen de SIDA, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Resultado				
8	¿Toma algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Cuáles?				
	¿Desde cuándo?				
9	¿Tiene pendiente alguna operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o síndrome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Padece o ha padecido?				
	a. Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Infarto al miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Responder sólo en caso de requerir la cobertura para el Cónyuge

g. Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Diarrea crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Páncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Embolia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Enfermedad cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Infección de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ¿Cáncer o algún tipo de tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ¿Ha estado total y/o temporalmente invalido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preguntas adicionales para mujeres:				
a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Cuántos meses tiene?				

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, 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 totalmente con los términos de la solicitud.

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, ampliar información					
Solicitante	Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o tratamiento
Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar					
Nombre del hospital					

De interés para los solicitantes (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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 en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso. Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar exámenes médicos que MAPFRE estime convenientes por cuenta de éste. Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, laboratorios y clínicas a las que haya acudido para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad, así como a las compañías de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguros de vida, para que proporcione a MAPFRE los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedades y hábitos anteriores: información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE lo considere oportuno inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

Lugar y fecha

Firma del Contratante

Firma del solicitante Titular

Firma del solicitante Cónyuge

Nombre del Agente

Clave del Agente

“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 12 de septiembre de 2008, con el número CNSF-S0041-0440-2008/CONDUSEF-002351-01”.

Aviso de privacidad simplificado

MAPFRE México, S.A., ubicada en el número 507 de Avenida Revolución, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, México, hace de su conocimiento que sus datos personales recabados, que se recaben o se generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con la mencionada relación jurídica y las obligaciones derivadas de la misma. En específico para:

Visitantes en general, por razones de seguridad y vigilancia:

Cuando sea necesario para protección de los bienes muebles e inmuebles donde reside el domicilio y las oficinas del Responsable, así como para proteger también a las personas y sus pertenencias, cuando acceden a dichas oficinas.

Recursos Humanos (Candidatos, empleados y ex empleados) Se utilizarán para todos los fines vinculados con la relación laboral, en especial para selección, para verificar referencias de empleos anteriores, reclutamiento, bolsa de trabajo, capacitación, evaluación y medición de habilidades y competencias, así como definición de acciones de desarrollo, y el pago de prestaciones laborales.

Clientes (Proponentes, contratantes, asegurados, beneficiarios y proveedores de recursos). Se utilizarán para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley sobre el Contrato de Seguro, para evaluar su solicitud de seguro, suscripción, emisión, tramitación, investigación, verificación, validación y confirmación de los datos para la cotización y ofrecimiento de programas de aseguramiento previamente solicitados; del mismo modo, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros derivados de dichos seguros o programas; cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estudios estadísticos, cuyo tratamiento podrá ser de manera indistinta mediante sus propios medios y recursos; así como, remisión de dichos datos a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta de aseguramiento o bien calificar la procedencia del beneficio solicitado en caso de siniestro, o cualquier derecho sobre el servicio contratado. Igualmente podrán ser tratados para finalidades que no dan origen a la relación jurídica ("Finalidades Secundarias"), como el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios, así como la prospección comercial, en cuyo caso se entenderá aceptado dicho tratamiento hasta en tanto no proceda a informarnos lo contrario a través de la revocación del consentimiento, pudiendo manifestarlo a través de arco_mapfre@mapfre.com.mx. El presente Aviso de manera integral, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página www.mapfre.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

Última actualización: 20/Julio/2017

Datos de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

MAPFRE pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios donde le atenderán de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas, con número de teléfono: 5230-7090 o (01 800) 717 1819 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, con correo electrónico UNE@mapfre.com.mx

Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Con domicilio ubicado en Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle México en la Ciudad de México, Código Postal 03100 con número de teléfono: (55) 5340-0999 y (01800) 999-8080, con correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y página web www.gob.mx/condusef.

GLOSARIO

CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

CP: Código Postal

CURP: Clave Única de Registro de Población

No.: Número

RFC: Registro Federal de Contribuyentes