



MAPFRE México, S.A.
Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación
Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México.
Teléfono: 5230-7000 RFC. MTE-440316 E54

SOLICITUD ÚNICA VIDA INDIVIDUAL

Suma asegurada menor a un millón quinientos mil pesos o su equivalente en moneda dólares o udís.

Folio

Póliza

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

DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA MORAL

Denominación y/o razón social

Nacionalidad(es)

RFC

Relación con el solicitante

Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada¹

Correo electrónico o página web¹

Giro mercantil u objeto social

Folio mercantil:

Fecha de
constitución

día / mes / año

Nombre completo del apoderado legal

Nacionalidad(es) del apoderado

Domicilio del apoderado legal

DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

Nacionalidad(es)

Fecha de
nacimiento

día / mes / año

País y lugar
de nacimiento

RFC

CURP¹

TIN¹ NIF o equivalente¹

Relación con el solicitante

Tipo, número y emisor de la identificación oficial

Vigencia

día / mes / año

Ocupación o profesión

Giro de negocio

Especifique

Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada¹

Correo electrónico

¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si ☐ No ☐ Especifique cargo

DOMICILIO FISCAL DEL CONTRATANTE (persona física o moral si no cuenta con él, indique el domicilio particular)

Calle

No.Exterior

No.Interior

Colonia

Municipio o delegación

Ciudad o población

Estado o Provincia

País

CP y/o POBOX¹

Teléfono

Clave de país

Código de ciudad

País de residencia fiscal

Órdenes de transferencia permanentes¹

Indique si alguna de las personas involucradas en el seguro tiene una nacionalidad distinta a la mexicana en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros (FATCA por sus siglas en inglés)

Contratante Si ☐ No ☐ Solicitante Si ☐ No ☐ Beneficiario(s) Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, le pedimos solicite a su agente y requisiere adicionalmente el "cuestionario FATCA" en caso de nacionalidad Norteamericana y/o Auto declaración de información Fiscal" para otra nacionalidad.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

Nacionalidad(es)

Fecha de
nacimiento

día / mes / año

País y lugar
de nacimiento

RFC

CURP¹

TIN¹ NIF o equivalente¹

Estado civil

Ocupación

Especifique

Ingreso mensual

Empresa donde presta sus servicios

Giro y teléfono de la empresa

Tipo, número y emisor de
la identificación oficial

Vigencia

día / mes / año

☐

Sexo

☐

¿Fuma? Si

No

Femenino Masculino

Cantidad

Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada¹

Correo electrónico¹

Calle

No.Exterior

No.Interior

Colonia

Municipio o delegación

Ciudad o población

Estado o provincia

País (es) de residencia fiscal²

CP y/o POBOX¹

Teléfono

Clave de país

Código de ciudad

¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si ☐ No ☐ Especifique cargo

¹ Si cuenta con ella

² En caso de poseer mas de 2 países de residencia fiscal y NIF, solicite el formato de "Auto declaración de información fiscal"

COBRANZA				
Forma de pago: Contado <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> * Único <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> ³ Semanal <input type="checkbox"/> ³				
*Sólo con cargo a tarjeta de crédito, débito o chequera				
Conducto de cobro: Agente <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> Domiciliado <input type="checkbox"/> ⁴				
³ Sólo para descuento por nómina		⁴ Llenar formato de autorización a cargo bancario		

TIPO DE PLAN Y COBERTURAS				
Plan:		Plazo _____ o EA _____		
Moneda:		Nacional <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	Udis <input type="checkbox"/>
Crecimiento:		Constante <input type="checkbox"/>	Lineal 10% <input type="checkbox"/>	Geométrico 5% <input type="checkbox"/> ⁸
Coberturas			Suma asegurada	
Básica				
Accidente ⁵ MA <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> POC <input type="checkbox"/> MAPO <input type="checkbox"/> MAPOC <input type="checkbox"/>				
Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente: BIPA <input type="checkbox"/> por accidente o enfermedad PASI <input type="checkbox"/> por accidente. Sólo Meridiano "venta masiva"				
Plan Superación PPlus ⁶ Temporal Individual <input type="checkbox"/> o Mancomunado <input type="checkbox"/>				
Exención pago de primas por invalidez total y permanente BIT <input type="checkbox"/> por accidente o enfermedad			BITA <input type="checkbox"/> por accidente. Sólo Meridiano "venta masiva"	
Enfermedades graves ⁷ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Servicios funerarios ⁷ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
BEF (Exención pago de primas por fallecimiento) Sólo Superación Plus Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

⁵ Sólo puede elegir una opción.

⁶ Llenar anexo Superación Plus correspondiente.

⁷ Excepto Superación Plus y Vida entera pagos limitados.

⁸ Crecimiento en primas. Aplica para el plan Jubilación.

CUESTIONARIO			
Peso: kg Estatura: m ¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
¿Padeció y/o padece alguna de las siguientes enfermedades?			
1. Del corazón (soplo, infarto)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. Cirrosis o hepatitis B, C (alcoholismo)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Hipertensión arterial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9. Consumo de drogas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Cerebro vasculares (embolia, infarto o hemorragia cerebral)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10. SIDA o complejo relacionado con el SIDA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Psiquiátricas o nerviosas (depresión, epilepsia)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	11. Artritis reumatoide, lupus o del tejido conectivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Endocrinas (diabetes, tiroides, pancreas)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	12. Pulmonares o respiratorias (enfisema, asma, tos crónica, tuberculosis)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Insuficiencia renal – infecciones urinarias (piedras en el riñon)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13. Del aparato digestivo (esofagitis, ulcera gástrica, sangrados digestivos)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. De la sangre (cáncer, leucemia, anemia, tumores)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. ¿Alguna otra enfermedad no mencionada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

EN CASO AFIRMATIVO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES AMPLIAR LA INFORMACIÓN				
Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o tratamiento y/o resultado

OTROS SEGUROS DE VIDA	¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Especifique compañía, suma asegurada, moneda y plan	
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué motivo?	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS En caso de designar beneficiarios por sobrevivencia para el Devolución plus o requerir más beneficiarios, deberá indicarlo en la sección de "Observaciones", indicando nombre(s), parentesco, porcentaje, domicilio y fecha de nacimiento.

Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s))		Parentesco	Porcentaje %
1.			
2.			
3.			
Domicilio completo		Fecha de nacimiento	
1.			
2.			
3.			

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

OBSERVACIONES:

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MAPFRE México S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (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. (Artículos 8, 9,10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar exámenes médicos que MAPFRE México S.A., estime conveniente 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 seguro de vida, para que proporcione a MAPFRE México S.A., los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedad y hábitos anteriores: información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE México S.A. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

Este producto cuenta con exclusiones y limitaciones mismas que podrá consultar en las condiciones generales. **Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE México S.A.**

“Declaro bajo protesta de decir verdad, que actúo a nombre y por cuenta propia o con las facultades suficientes que mi representado (a) me ha otorgado; y que los recursos utilizados en este acto comercial provienen de actividades lícitas.

Lugar y Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONTRATANTE

Autorizo a MAPFRE México S.A. ha entregarme la documentación contractual relativa a la contratación del presente seguro al correo electrónico ya indicado. En caso de no autorizar, indicar el medio de entrega:_____

Nombre y firma del Contratante	Nombre y firma del Solicitante	Firma del Agente
--------------------------------	--------------------------------	------------------

PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL AGENTE

Manifiesto que he informado de forma amplia y detallada sobre los alcances de las coberturas a contratar; así mismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos.

Nombre:	Clave:	Comisión:	Nivelada <input type="checkbox"/>	Decreciente <input type="checkbox"/>
Indique la finalidad del seguro: Patrimonial <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Seguro de socios <input type="checkbox"/> Hombre clave <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/>				

Para mayor información consulte la página www.mapfre.com.mx o acuda a su agente.

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

EA: Edad alcanzada

kg: Kilogramos

m: metros

MA: Muerte Accidental

MAC: Muerte Accidental Colectiva

MAPO: Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas

MAPOC: Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas Colectivas

NIF: Número de identificación fiscal

No.: Número

PO: Pérdidas Orgánicas

POC: Pérdidas Orgánicas Colectivas

P.O.BOX: Buzón de correo

RFC: Registro Federal de Contribuyentes

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

TIN: Número de Identificación Federal del Contribuyente de Estados Unidos de América

Udis: Unidades de inversión