



MAPFRE México, S.A.
 Av. Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos,
 Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México.
 Teléfono 65929000 R.F.C. MTE-440316 E54

SOLICITUD

Folio															
Póliza	1	1	2	2	3	0	0	0	0	0	3	2	7		

Esta solicitud debe ser llenado por el solicitante en su totalidad con letra molde y firmado por el mismo. No será válida si presenta tachadura o se ha omitido algún dato

Datos del contratante/solicitante				
Nombre(s) PRUEBASS		Apellido paterno PRUABSXA		Apellido materno PRUEBASSA
Nacionalidad(es): MEX		Fecha de nacimiento: 15/01/1996	País y lugar de nacimiento: MEX	
CURP: PUPP960115561QWD65	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		RFC, TIN, NIF o equivalente: PUPP960115J87	
Tipo, número y emisor de la identificación oficial: 3 54ADS54ASD54QW		Vigencia:	Ocupación o profesión: ABOGADO	
Giro de negocio:		Especifique:	Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada: NO	
Correo electrónico: T.PACHECO@PRAXISGLOBE.NET		¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar cargo:
¿Autoriza que su póliza, sus condiciones generales y endosos sean enviadas a su correo electrónico? Si () No ()				
Domicilio				
Calle: DOMICIILIAR		Número exterior: 5	Número interior: 2	Colonia: COLONIAL
Municipio o Delegación: CUAUHTEMOC		Ciudad o Población:		Estado o Provincia: CIUDAD DE MEXICO
País: MEXICO	CP. y/o POBOX: 06600	Teléfono: 5510127496	Clave de país:	Código de ciudad:
Indique si alguna de las personas involucradas en el seguro tiene una nacionalidad o residencia fiscal distinta a la Mexicana. Contratante/ Solicitante : Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiarios: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, le pedimos solicite a su intermediario de seguros y requisiite adicionalmente el "Cuestionario FATCA" en caso de nacionalidad Norteamericana y/o "Auto declaración de información Fiscal" para otra nacionalidad.				

Tipo de plan			Cobertura	Suma asegurada
Modalidad:	Tu inversión <input type="checkbox"/>	Tu Jubilación <input type="checkbox"/>	Tu Retiro <input type="checkbox"/>	BASICA
Moneda:	Nacional <input checked="" type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	UDIS <input type="checkbox"/>	Plazo: 6

Perfil	Tipo de Inversión		
Moderado <input checked="" type="checkbox"/>	Prudente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inversión 1 _____ %	<input type="checkbox"/> Inversión 3 _____ %
Decidido <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Inversión 2 _____ %	<input type="checkbox"/> Inversión 4 _____ %
			<input type="checkbox"/> Inversión 5 _____ %

Cobranza	
Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input checked="" type="checkbox"/> Anual	Conducto de pago <input checked="" type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente
* Sólo con cargos automáticos a tarjeta de débito o chequera Si desea hacer aportaciones adicionales a la prima del seguro, proporcione la siguiente información.	
Monto \$ _____ \$ 100,084.42 <input checked="" type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral sólo en moneda nacional <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	<input checked="" type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente

En caso de haber seleccionado domiciliación o cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar el siguiente apartado con datos del pagador

Domiciliación		
CLABE	Tarjeta de débito	Fecha de vencimiento
Banco HSBC <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> AMEX		mes _____ año _____

Correo electrónico: _____ para notificación del cargo.

Solicito y autorizo a la Institución Financiera afiliada a Visa, Master Card, o American Express que antes he indicado, para que con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta citada, o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya sido asignada por la Institución Financiera mencionada, se sirva pagar por mi cuenta a Mapfre Tepeyac, S. A., los cargos por los conceptos relacionados con el pago de la póliza en la periodicidad y monto que se detalla en la misma y en su caso las respectivas renovaciones.

Designación de beneficiarios por fallecimiento (En caso de querer designar a más beneficiarios llenar información completa nombre(s), parentesco, porcentaje, domicilio y fecha de nacimiento en la sección de observaciones)		
Nombre completo (Apellido paterno. Apellido materno. Nombre (s))	Parentesco	Porcentaje
1 pruaabs pruebass pruebza	HERMANO/A	100
Domicilio completo		Fecha de nacimiento
1 calle domiciliar		18/10/2001
El beneficiario por sobrevivencia, será el propio contratante del seguro al 100%		
Observaciones:		

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MAPFRE Tepeyac S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.	
De interés 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, omisión 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, facultando a MAPFRE para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (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 Tepeyac 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 Tepeyac S.A., los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedad y hábitos anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE Tepeyac S.A. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.	
Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE Tepeyac, 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. "	
"Declaro que se me informaron, previa contratación, las características, limitaciones y exclusiones del producto, mismas que puedo consultar en las condiciones generales del producto, así mismo asumo el riesgo en las inversiones seleccionadas".	
Para ser llenado exclusivamente por el intermediario de seguros	
Manifiesto que he informado de forma amplia y detallada sobre los alcances de la cobertura a contratar; asimismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos y los he corroborado.	
Nombre:	Clave:
Lugar y fecha:	
Nombre y firma del contratante/solicitante	Nombre y firma del intermediario de seguros

* En caso de poseer más de 3 países de residencia fiscal y NIF, solicite la autodeclaración de persona física

“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 06 DE JULIO DE 2018, CON EL NÚMERO CNSF-S0041-0252-2018/CONDUSEF-002845-03”.



Aviso de Privacidad

MAPFRE Tepeyac, S.A., ubicada en Av. Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, en la Ciudad de 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 tratarán para todos los fines vinculados con la mencionada relación jurídica y las obligaciones derivadas de la misma. En específico para:

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 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: 1/Agosto/2013.

DATOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE USUARIOS MAPFRE pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), 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 No. 507, Col. San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, con correo electrónico UNE@mapfre.com.mx **Glosario:** **CNSF:** Comisión Nacional de Seguros y Fianzas **CP:** Código Postal **CRS:** (Common Reporting Standard) Estándar para el Intercambio Automático de Información sobre Cuentas Financieras **CURP:** Clave Única de Registro de Población **EUA:** Estados Unidos de América **FATCA:** Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros (FATCA por sus siglas en inglés) **NIF:** Número de identificación fiscal **P.O.BOX:** Buzón de correo **RFC:** Registro Federal de Contribuyentes **TIN:** Número de Identificación Federal del Contribuyente de Estados Unidos de América **UDIS:** Unidades de Inversión