



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 Avanzada ¹		
Correo electrónico o página web ¹		
Giro mercantil u objeto social	Folio mercantil:	Fecha de constitución <small>día / mes / año</small>
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 <small>día / mes / año</small>	País y lugar de nacimiento
RFC	CURP ¹	TIN ¹ NIF o equivalente ¹
Relación con el solicitante	Tipo, número y emisor de la identificación oficial	Vigencia <small>día / mes / año</small>
Ocupación o profesión	Giro de negocio	Especifique
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada ¹	Correo electrónico	
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 POBOX ¹	Teléfono	Clave de país	Código de ciudad
País de residencia fiscal		Órdenes de transferencia permanentes ¹		

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 <small>día / mes / año</small>	País y lugar de nacimiento		
RFC	CURP ¹	TIN ¹ NIF o equivalente ¹	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 <small>día / mes / año</small>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cantidad
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada ¹	Correo electrónico ¹			
Calle	No.Exterior	No.Interior	Colonia	
Municipio o delegación	Ciudad o población		Estado o provincia	
País (es) de residencia fiscal ²	CP y/o POBOX ¹	Teléfono	Clave de país	Código de ciudad
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 Semestral Trimestral Mensual * Único Quincenal ³ Semanal ³

*Sólo con cargo a tarjeta de crédito, débito o chequera

Conducto de cobro: Agente Efectivo Transferencia bancaria Domiciliado ⁴

³Sólo para descuento por nómina

⁴Llenar formato de autorización a cargo bancario

TIPO DE PLAN Y COBERTURAS

Plan: _____ Plazo _____ o EA _____

Moneda: Nacional Dólares Udis

Crecimiento: Constante Lineal 10%

Coberturas Suma asegurada

Básica

Accidente⁵ MA MAC PO POC MAPO MAPOC

Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente:

BIPA por accidente o enfermedad

PASI por accidente. Sólo Meridiano "venta masiva"

Plan Superación PPlus⁶ Temporal Individual o Mancomunado

Exención pago de primas por invalidez total y permanente

BIT por accidente o enfermedad

BITA por accidente. Sólo Meridiano "venta masiva"

Enfermedades graves⁷ Si No

Servicios funerarios⁷ Si No

BEF (Exención pago de primas por fallecimiento) Sólo Superación Plus Si No

⁵ Sólo puede elegir una opción.

⁷ Excepto Superación Plus y Vida entera pagos limitados.

⁶ Llenar anexo Superación Plus correspondiente.

CUESTIONARIO

Peso: _____ kg Estatura: _____ m ¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Si No ¿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 No

Especifique compañía, suma asegurada, moneda y plan

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si No ¿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 la entrega de la póliza, las condiciones generales y endosos por medio del correo electrónico indicado en los datos del contratante Si No

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 Decreciente
Indique la finalidad del seguro: Patrimonial Educación Retiro Seguro de socios Hombre clave Crédito

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

"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 10 de enero de 2023, con el número CNSF-S0041-0378-2022/CONDUSEF-005526-02".