

**Esta solicitud debe llenarla el Contratante o Representante legal con letra legible y no será válida si presenta tachaduras o se omite alguno de los datos solicitados**

|  |  |   |
|--|--|---|
| Folio:   | Vigencia del seguro: desde: dd / mm /aa hasta: dd / mm /aa     | Moneda:   |
| Tipo de seguro: ( ) Empresarial<br>( ) Unit Linked ( ) Diversos          | Participación: ( ) Sin dividendos<br>( ) Con dividendos Global | ( ) Con dividendos Propia<br>( ) Sin dividendos Unit Linked |
| Tipo de administración: ( ) Autoadministrado ( ) Normal ( ) Simplificado |  | Tipo de Afiliación: ( ) Obligatoria ( ) Voluntaria          |

| PERFIL                    | TIPO DE INVERSIÓN                                     |
|---------------------------|---|
| Moderado ( ) Prudente ( ) | ( ) _____ 1 ____% ( ) _____ 2 ____% ( ) _____ 3 ____% |
| Decidido ( )              | ( ) _____ 4 ____% ( ) _____ 5 ____%                   |

La suma de los porcentajes de todas las inversiones será el 100% en distribución y en monto de prima.

| DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA MORAL   |                  |                                    |         |
|---|------------------|------------------------------------|---------|
| Denominación y/o Razón Social:  |                  |                                    |         |
| Nacionalidad:   | R.F.C.:          | Relación con el solicitante:       |         |
| Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:   |                  |                                    | e-mail: |
| Giro mercantil u objeto social:   | Folio mercantil: | Fecha de constitución: dd / mm /aa |         |
| Calle y número:   | Colonia:         | Municipio o delegación:            |         |
| Ciudad o población:   | Estado:          | País:                              | C.P.:   |
| Teléfonos:  | Clave de país:   | Código de ciudad:                  |         |
| Nombre completo del Apoderado Legal:  |                  |                                    |         |
| ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si ( ) No ( ) Especifique cargo: |                  |                                    |         |

| DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA  |                                  |                              |                       |
|---|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Nombre (s):   | Apellido Paterno:                | Apellido Materno:            |                       |
| Nacionalidad:   | Fecha de nacimiento: dd / mm /aa | País y lugar de nacimiento:  |                       |
| R.F.C.:   | CURP:                            | Relación con el solicitante: |                       |
| Ocupación, profesión o giro del negocio:  |                                  |                              |                       |
| Tipo, número y emisor de la identificación oficial:   |                                  |                              | Vigencia: dd / mm /aa |
| Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:   |                                  |                              | e-mail:               |
| ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si ( ) No ( ) Especifique cargo: |                                  |                              |                       |
| Calle y número:   | Colonia:                         | Municipio o delegación:      |                       |
| Ciudad o población:   | Estado:                          | País:                        | C.P.:                 |
| Teléfonos:  | Clave de país:                   | Código de ciudad:            |                       |

|   |   |
|---|---|
| Forma de pago: Anual ( ) Semestral ( ) Trimestral ( ) Mensual ( ) | Conducto de cobro: Agente ( ) Banco ( ) |
| Banco: *carga automático a cuenta de cheques                      | _____ (Nombre del banco)                |

\* En caso de cobranza por banco de cargo automático a cuenta de cheques deberán entregar los formatos respectivos debidamente firmados.

**FORMA DE ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON ESTE SEGURO**

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

| Número de subgrupo | Razón Social<br>(indicarla sólo en caso de que sea diferente al Contratante) | Giro |
|--------------------|--|------|
| 1                  |  |      |
| 2                  |  |      |
| 3                  |  |      |
| 4                  |  |      |
| 5                  |  |      |

**CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURABLE**

I.- Número de personas que forman el grupo:

II.- Número de personas que van a asegurarse:

III.- Cantidad o porcentaje con que los miembros del grupo asegurable contribuirán al pago de la prima:

| Número de subgrupo | Definición de grupo asegurable | Regla para determinar la suma asegurada |
|--------------------|--------------------------------|---|
| 1                  |                                |   |
| 2                  |                                |   |
| 3                  |                                |   |
| 4                  |                                |   |
| 5                  |                                |   |

El Contratante debe anexar toda la información relativa cada uno de los miembros del Grupo asegurable

Para todos los efectos legales de esta solicitud, declaro que personalmente he dado respuestas verídicas y completas. Reconozco que las declaraciones en la presente, constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

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

MAPFRE México, S.A., hace de su conocimiento que los datos recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)

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, misma que puedo consultar en las condiciones generales del producto, así mismo asumo el riesgo en las inversiones seleccionadas."**

**"Declaro que se me informó que, en caso de Rescate Total, los recursos se entregaran con base en el último valor de liquidación de las unidades de participación."**

**Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE MÉXICO, S.A.**

Lugar y fecha:

Nombre y puesto del Representante Legal del Contratante:

**DATOS DEL AGENTE**

Nombre completo:

Clave:

Firma del Representante Legal y/o Contratante

Firma 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 06 de junio del 2022, con número CNSF-S0041-0482-2021/CONDUSEF-005141-03".**

**Glosario:** aa: Año, Av.: Avenida, C.P.: Código Postal o Post Office Box (POBOX), CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, CURP:Clave Única de Registro de Población, dd: Día, etc.:etcétera, mm: Mes, No.: Número, R.F.C.:Registro Federal de Contribuyentes o Taxpayer Identification Number (TIN).

## **Aviso de Privacidad**

MAPFRE México, S.A., ubicada en Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800 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](mailto: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](http://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.

### **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 Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800 Ciudad de México. Teléfono: 6592 9000, R.F.C. MTE440316E54., con correo electrónico [UNE@mapfre.com.mx](mailto:UNE@mapfre.com.mx)