

Solicitud de Seguro Básico de Accidentes Personales

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras ó falta alguno de los datos solicitados.

AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (Debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten darán a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

“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”

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del Solicitante

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
------------	------------------	------------------

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año

Sexo

M

H

Edad Estado Civil

--	--

Nacionalidad

--	--

Ciudad y Estado de Nacimiento

Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja		R.F.C. con Homoclave	CURP
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores		Giro de la Empresa
Domicilio del lugar de trabajo			
Alguna otra ocupación	Describa en qué consisten sus labores		Empresa en la que desempeña su labor

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior	Colonia	Ciudad o Población
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	Teléfono Particular	Teléfono Oficina
				Correo Electrónico

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al solicitante)

Persona Física ()		Persona Moral ()		Razón Social:	
Nombre (s):			Apellido Paterno:		Apellido Materno:
Tipo de Identificación:			Número:		Emisor:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa			País de Nacimiento:		Nacionalidad:
Folio mercantil:			Fecha de constitución: dd / mm / aaaa		Nombre del Apoderado:
RFC:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave
Giro/Ocupación:			C.U.R.P.:		Sólo personas físicas
País del Domicilio:			Código Postal:		Estado:
Ciudad/Población:			Alcaldía/Municipio:		Colonia:
Calle:			No. Exterior:		No. Interior:
Número Telefónico :			Correo Electrónico :		
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:					

DATOS DEL PLAN

Seguro Básico Accidentes Personales	Suma Asegurada (Moneda Nacional) Elegir sólo una opción	Forma de Pago:
	100,000 () 200,000 ()	ANUAL



MAPFRE

MAPFRE México, S.A.
 Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
 Delegación Benito Juárez, C.P 03800 México, Ciudad de
 México. Teléfono: (55) 5230700

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencias: 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 efecto de que, en su presentación cobre la indemnización.

Lo anterior por que 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.

Beneficiario 1		
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:	Correo electrónico:	

Beneficiario 2		
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:	Correo electrónico:	

Beneficiario 3		
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:	Correo electrónico:	

Beneficiario 4		
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:	Correo electrónico:	



MAPFRE México, S.A.

Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, C.P 03800 México, Ciudad de
México. Teléfono: (55) 5230700

OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES

¿Está solicitando o han solicitado seguros en otra compañía?	SI()	NO()	Compañía:	Suma Asegurada:
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud?	SI()	NO()	En caso afirmativo ¿Por qué motivo?	
Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a MAPFRE México, S.A. aun cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE México, S.A. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a MAPFRE México, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez MAPFRE México, S.A. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA (De acuerdo al conducto de venta)

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 21 de agosto del 2009 CNSF-S0041-0368-2009.

Aviso de Privacidad

MAPFRE México, S.A., ubicada en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse, en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Sistema MAPFRE, sus subsidiarias, afiliadas. Asimismo usted acepta y autoriza dicha transferencia, para el caso en que se realice a Terceros, Nacionales o Extranjeros, (entidades o personas distintas del Sistema MAPFRE), reconociendo que, bajo ningún supuesto o circunstancia serán compartidos sus datos sensibles, patrimoniales o financieros. En adición a lo anterior, en caso de que se requieran tratar por una finalidad que no se encuentre vinculada con la relación jurídica antes a la señalada, la misma le será comunicada mediante la modificación al presente el aviso de privacidad, el cual le será puesto a su disposición nuevamente en el tiempo y forma que correspondan. Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas, procedimientos y controles de seguridad y confidencialidad de la información.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada o, en su caso, a través de la dirección de correo electrónico arco_mapfre@mapfre.com.mx, misma que es atendida y administrada por el área de Seguridad de la Información.

El presente Aviso, 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.

Finalmente, para el caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares a través de su conducto, del mismo modo usted acepta y reconoce la obligación de hacerles del su conocimiento el presente Aviso de Privacidad a dichos titulares o bien indicar los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido aviso, así como de informarles que ha proporcionado tales datos a MAPFRE México, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.