



MAPFRE México, S.A.
Avenida Revolución #507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación
Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800 Tel. 5230 7000

Solicitud para Póliza Renta Mensual Segura

Folio N°:

Trámite Vía: Ventanilla () SI24 ()

PLAN SOLICITADO

Vigencia De: dd / mm / aaaa A: dd / mm / aaaa Póliza: Nueva () Renovación ()

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

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 GENERALES DEL TITULAR (En caso de ser diferente al contratante anotar nexa)

Nombre:					
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa			País de nacimiento:		
R.F.C.:		C.U.R.P.:		Teléfono (s) :	Correo Electrónico:
Relación con el contratante:			Nacionalidad:		Estado Civil:
Profesión:		Ocupación:		Ingresos Mensuales:	
Domicilio:					
C.P.:	Estado:		Municipio o Delegación:		
Número de serie de la firma electrónica:					

DATOS COMERCIALES

Forma de Pago:	Anual ()	Semestral ()	Trimestral ()	Mensual ()
Agente:	Clave:		División:	

CONDICIONES DE PÓLIZA SOLICITADAS

Cobertura	Suma Asegurada	Renta	
		Monto	Plazo
Muerte Accidental			
Gran Incapacidad			
Incapacidad Permanente Total			
Incapacidad Permanente Absoluta			
Lesiones Corporales			
Reembolso de Gastos Médicos	AMPARADO	SI ()	NO ()
Servicios Funerarios	AMPARADO	SI ()	NO ()
Asistencia en Viaje	AMPARADO	SI ()	NO ()

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**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 SUSTITUTO**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:	

El Beneficiario designado en la presente solicitud como consecuencia del fallecimiento del asegurado, cobrará cualquier indemnización correspondiente a la cobertura de este seguro.

Advertencias:

En 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 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.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por lo 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.

Ocupación, hábitos y cuestionario médico.

Ocupación:

1 Nombre de su puesto: _____ Especifique en que consiste: _____
 2 Que tipo de maquinas, herramientas, sustancias o vehiculos utiliza: _____
 3 Requiere licencia: SI () NO () Fecha de Expiración: _____ Requiere de certificado médico: SI () NO ()
 4 Requiere viajar: SI () NO () Tipo de Transporte: _____ Viaja al extranjero: SI () NO ()
 5 No. De viajes que realiza al año: _____ Trabaja en las alturas: SI () NO () Altura promedio: _____ mts.
 6 Indique el lugar donde desempeña su actividad: Oficina () Fabrica () Taller () Calle ()

Hábitos

Indicar si el consumo es por mes, día o año.

7 Ingiere bebida alcohólicas: Cantidad _____ Copas Frecuencia _____
 8 Fuma o ha fumado alguna vez: Cantidad _____ Cigarrillo, puro, pipa Frecuencia _____
 9 Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes: Cantidad _____ Frecuencia _____

Cuestionario Médico

10 Tiene alguna limitación física como consecuencia de un accidente o enfermedad: SI () NO () Especifique: _____
 11 Padece o ha padecido:
 a Enfermedad Cardiaca: SI () NO () b Enfermedad ósea ó articular SI () NO ()
 c Embolia cerebral SI () NO () d Epilepsia SI () NO ()
 e Sincope SI () NO () f Vertigo SI () NO ()

FAVOR DE AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duracion	Estado Actual

MÉDICO QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR

Nombre	Teléfono	Domicilio

MUY IMPORTANTE: DEBE LEERSE ANTES DE FIRMAR

Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que tengan referencia a esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar esta solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

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 convenientes 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 la compañía de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguro, para que proporcionen a MAPFRE México S.A., los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedades 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.

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 31 de marzo con número PPAQ-S0041-0009-2008.

Lugar y Fecha:

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.

Firma del Titular

Firma del Contratante

Firma del Agente

DENUNCIA ANÓNIMA: Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx

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.