



MAPFRE México, S.A.

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

Suma asegurada mayor a un millón quinientos mil pesos o su equivalente en moneda dólares o UDI

Solicitud Unit Linked Vida
Ampliado

Folio	_____
Póliza	_____

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

Datos del contratante/ solicitante		
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
RFC(con homoclave), TIN ,NIF o equivalente:	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	País y lugar de nacimiento
CURP	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Nacionalidad (es)
Tipo, número y emisor de la identificación oficial	Vigencia dd/mm/aaaa	Empresa donde presta sus servicios, indique el giro
Ocupación o profesión	Especifique	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"/> Especificar cargo	
¿Autoriza que su póliza, sus condiciones generales y endosos sean enviadas a su correo electrónico? Si () No ()		

Domicilio				
País del domicilio:	CP y/o POBOX ¹ :	Estado:	Ciudad/Población:	
Alcaldía/Municipio	Colonia:	Calle:		
Número exterior:	Número interior:	Teléfono:	Clave de país:	Código de ciudad:
País(es) de residencia fiscal ² :		Órdenes de transferencia permanentes:		

Indique si alguna de las personas involucradas en el seguro tiene una nacionalidad o residencia fiscal distinta a la Mexicana.
 Contratante /Solicitante Si No Beneficiario(s): Si No
 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(CRS)" para otra nacionalidad.

Tipo de Plan	Cobertura Basica	Suma asegurada	Coberturas Adicionales	Suma asegurada
Modalidad: Plazo:	Fallecimiento		MA ³	
Tu Inversión <input type="checkbox"/> Tu Jubilación <input type="checkbox"/> Tu Retiro <input type="checkbox"/>			BIT ⁴	<input type="checkbox"/>
Moneda: Nacional <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> UDIS <input type="checkbox"/>			BIPA ⁵	
			EG ⁶	

Perfil	Selección de inversiones (especificar nombre del fondo a elegir y porcentaje)		
Moderado <input type="checkbox"/> Conservador <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/> _____ %
Decidido <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/> _____ %	
La suma de los porcentajes de todas las inversiones será el 100% en distribución y en monto de prima.			

Cobranza	
Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Día de cargo sugerido: <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente
*Sólo con cargos automáticos a tarjeta de débito o cuenta CLABE	
Si desea ingresar primas adicionales al seguro, proporcione la siguiente información y el conducto de pago. <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente	
Monto \$ _____ sólo en moneda nacional <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	
En caso de haber seleccionado domiciliación a cargo a tarjeta de débito o cuenta CLABE como conducto de pago, llenar el siguiente apartado con datos del pagador	
Domiciliación	
CLABE _____ Tarjeta de débito _____ Fecha de vencimiento _____ mes año	
Banco _____ <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa	
Correo electrónico: _____ para notificación del cargo.	
Solicito y autorizo a la Institución Financiera afiliada a Visa o Master Card 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 México, 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.	

¹ Si cuenta con ella ² En caso de poseer más de 3 países de residencia fiscal y NIF, solicite el "Formato de auto-certificación FATCA y CRS"
³Muerte accidental; ⁴Exención por invalidez total y permanente; ⁵Suma asegurada adicional por invalidez total y permanente; ⁶Enfermedades graves

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 (Nombre (s), Apellido paterno, Apellido materno)	Parentesco	Porcentaje
1		
2		
3		
Domicilio completo (País del domicilio, Código Postal, Estado, Ciudad/Población, Alcaldía/Municipio, Colonia, Calle, No. Exterior y No. Interior)	Misma del Contratante	Fecha de nacimiento
1	<input type="checkbox"/>	dd/mm/aaaa
2	<input type="checkbox"/>	dd/mm/aaaa
3	<input type="checkbox"/>	dd/mm/aaaa

El beneficiario por sobrevivencia, será el propio contratante del seguro al 100%

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:

INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE

Indique el lugar de trabajo Oficina () Fábrica () Taller () Calle () Otro Ingreso mensual

¿Qué tipo de máquinas, herramientas, sustancias o vehículos utiliza?

¿Tiene alguna otra ocupación? Si () No () Especifique en qué consiste

¿Requiere viajar? Si () No () Indique tipo de transporte:

¿Viaja en aeronaves particulares? ³ Si () No () Especifique tipo de aeronave y horas de vuelo

¿Utiliza motocicleta? ³ Si () No () Especifique con qué frecuencia y para qué

¿Trabaja en las alturas? Si () No () Indicar altura promedio (mts)

³ Llenar formato correspondiente

DEPORTES Y/ O AFICIÓN

¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Como ala delta, automovilismo, buceo, charrería, equitación, motociclismo, motonautica, paracaidismo, planeador o tauromaquia. Si () No () ¿Cuál(es)?

En caso de practicar algún deporte o afición. Indique ¿En qué forma practica el deporte y/o afición? Profesional () Aficionado () Amateur ()

¿Desea cubrir el riesgo? Si () No () Si usted desea cubrir el riesgo, por favor solicite y requisiere el cuestionario correspondiente.

HABITOS

Actualmente	Si en el pasado hizo uso de uno o varios de esos productos indique:		
	Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo de término
	día mes año	día mes año	
En caso de ingerir bebidas alcohólicas: Indique cantidad en <input type="text"/> copas Frecuencia <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
En caso de fumar indique: Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
En caso de hacer uso de drogas o estimulantes: Indique el tipo y frecuencia <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CUESTIONARIO MÉDICO

Peso: kg Estatura: m ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10 Kg o más en el último año? Si () No () Indique: Kg más () Kg menos ()

¿Padeció y/o padece alguna de las siguientes enfermedades?

1. Del corazón (soplo, infarto)	Si () No ()	13. Del aparato digestivo (esofagitis, ulcera gástrica, sangrados digestivos)	Si () No ()
2. Hipertensión arterial	Si () No ()	14. ¿Alguna otra enfermedad no mencionada?	Si () No ()
3. Cerebro vasculares (embolia, infarto o hemorragia cerebral)	Si () No ()	15. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años o ha estado internado en algún hospital, clínica o sanatorio durante los últimos 5 años por alguna otra razón?	Si () No ()
4. Psiquiátricas o nerviosas (depresión, epilepsia)	Si () No ()	16. ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algún médico, toma algún medicamento?	Si () No ()
5. Endocrinas (diabetes, tiroides, pancreas)	Si () No ()	17. ¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, etc.) ó tiene alguna incapacidad o invalidez temporal o permanente?	Si () No ()
6. Insuficiencia renal – infecciones urinarias (piedras en el riñón)	Si () No ()	18. ¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografía de algún órgano en concreto, curva de glucosa, prueba de la función hepática o renal, examen de SIDA?	Si () No ()
7. De la sangre (cáncer, leucemia, anemia, tumores)	Si () No ()		
8. Cirrosis o hepatitis B, C (alcoholismo)	Si () No ()		
9. Consumo de drogas	Si () No ()		
10. SIDA o complejo relacionado con el SIDA	Si () No ()		
11. Artritis reumatoide, lupus o del tejido conectivo	Si () No ()		
12. Pulmonares o respiratorias (enfisema, asma, tos crónica, tuberculosis)	Si () No ()		



Aviso de Privacidad

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 de 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)

Domicilio ubicado en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, Código Postal 03100 con número de teléfono: (55) 5340 0999 y 01 800 999 8080, con correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o página de internet www.condusef.gob.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