

Solicitud del Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual

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 o falta alguno de los datos solicitados.

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 para la apreciación del riesgo, darán lugar 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 Mapfre México S.A., 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

Edad

Estado civil

Nacionalidad

Ciudad y Estado de nacimiento

En caso de ser mujer: Esta embarazada Si No **Datos laborales**

Nombre de la empresa donde trabaja

RFC con homoclave

CURP

Profesión u ocupación principal

Nombre de su puesto y en que consisten sus labores

Giro de la Empresa

Domicilio del lugar de trabajo

Alguna otra ocupación

Describa en que consisten sus labores

Empresa en que desempeña sus labores

Domicilio

Calle y número exterior

Número interior

Colonia

Ciudad o Población

Municipio o delegación

Estado

CP.

Teléfono oficina

Correo electrónico

Datos del contratante(en caso de ser diferente al solicitante)

Nombre completo del contratante

Nombre y/o Razón Social

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Relación con el solicitante

RFC con homoclave

CURP

Nacionalidad

Sexo

Correo electrónico

Teléfono particular

Domicilio particular

Calle y número exterior

Número interior

Colonia

Municipio o delegación

Ciudad o población

Estado

Código postal

Datos del plan

Nombre del plan

Suma asegurada (moneda nacional) Elegir sólo una opción

Forma de pago

Temporal a 5 años Renovable

100,000 200,000 300,000

Anual

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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.

Nombre de los beneficiarios	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la suma asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA (esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato del seguro)

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía o más que sean voluntarios? Si No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si No

En caso afirmativo ¿Por qué motivo?

CUESTIONARIO

Peso kg Talla m

Fuma Si No

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

- | | |
|---|---|
| 1. Diabetes | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Efisema pulmonar bronquitis crónica o asma | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Enfermedades cardiacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervencones quirúrgicas del corazón | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Insuficiencia renal o pancreatitis | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

AUTORIZACIÓN**DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (debe leerlo antes de firmar)**

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a MAPFRE Tepeyac S.A., aún 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 Tepeyac 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 Tepeyac, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez MAPFRE Tepeyac 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:

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del Solicitante

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del(os) agente(s)		Porcentaje	Clave		
Nombre completo del(os) promotor(es)		Porcentaje	Clave		
Nombre del agente	Clave No.	Oficina de envío	No. promotoria	Participación	Firma del agente

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Si No

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de MAPFRE, a los teléfonos 5230-7090 o 01 800 717 1819, o visite www.mapfre.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.

"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 15 de junio de 2010, con el número CNSF-S0041-0574-2010/CONDUSEF-002267-02, y a partir del día 23 de febrero de 2016 con el número RESP-S0041-0665-2015".

GLOSARIO: CP:Código Postal CURP:Clave Única de Registro de Población Kg:Kilogramos m:metros No.:Número RFC:Registro Federal de Contribuyentes SIDA:Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Aviso de Privacidad

Mapfre México, S.A., ubicada en Av. Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, en la 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

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: 1 / Agosto / 2013.