

MAPFRE México, S.A.
 Av. Revolución #507 Col. San Pedro De Los Pinos
 Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800 México, Ciudad de
 México Teléfono: 6592 9000

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA LA INCLUSIÓN EN EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SEGRUVIAJE COLECTIVO

Esta solicitud debe llenarla el solicitante con su puño y letra, y no será válida si se presenta con tachaduras, enmendaduras o se ha omitido algún dato de los solicitados.

Contratante:

Póliza:

POR EL PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER INCLUIDO EN LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO EXPEDIDA A NOMBRE DEL CONTRATANTE ARRIBA MENCIONADO, PARA TAL OBJETO PROPORCIONO A CONTINUACIÓN LOS SIGUIENTES DATOS:

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Fecha de ingreso a la empresa:	dd / mm / aa	Fecha de ingreso a la colectividad:	dd / mm / aa	Fecha de Alta Solicitada:	dd / mm / aa
Nombre del asegurado:		RFC:	CURP:		
Estado civil:	Fecha de nacimiento:	dd / mm / aa	Nacionalidad:	País de nacimiento:	
Sexo: Masculino () Femenino ()	Porcentaje de contribución al pago de prima:				
Ocupación:	Especificar:				
Domicilio:					
Teléfono:	Correo electrónico:	Serie de la Firma Electrónica Avanzada:			
Tipo de identificación:	Número:	Emisor:			

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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 representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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 completo	%	Parentesco	Firma	Fecha de nacimiento	Domicilio
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

MUY IMPORTANTE: DEBE LEERSE ANTES DE FIRMAR

Autorizo a los médicos que nos hayan asistido o examinado, o los hospitales , sanatorios o clínicas a las que hayamos ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente, para que proporcionen a MAPFRE México, S.A., los informes que requieran referentes a nuestra salud y enfermedades anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la compañía lo considere oportuno, inclusive después del fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

El asegurado bajo protesta de decir verdad manifiesta que toda la información aquí contenida es verídica y completa, en virtud de que la ha proporcionado en forma personal. Para todos lo efectos legales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en los artículos 8o. y 47o. de le ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe aclarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del asegurado; asimismo manifiesta que conoce las condiciones generales y especiales de la póliza solicitada, las cuales se anexan a esta solicitud.

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.

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 28 de junio de 2018, con el número PPAQ-S0041-0053-2018/ CONDUSEF-003330-01.

Firma del contratante y/o representante legal

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) o en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx