



**Formulario médico sobre las causas de invalidez, enfermedad grave y/o pérdidas orgánicas**  
(Los datos deberán ser llenados por el médico tratante o certificante).

Mencione que enfermedades, afecciones, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, etc., le fueron diagnosticados o efectuados al asegurado, incluyendo los que no están relacionados con la invalidez, pérdida orgánica y/o enfermedad grave:

Causa que directamente produjo la enfermedad y/o pérdidas orgánicas del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de primera consulta: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de signos y síntomas: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Nombre y firma del medico que certifica la invalidez, enfermedad grave y/o pérdidas orgánicas.

\_\_\_\_\_ Lugar y fecha

\_\_\_\_\_ Nombre y firma del médico

**Datos del beneficiario 1**

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre (s):		Parentesco con el asegurado:	
Calle y número:				Colonia:		Código postal:	
Delegación y/o Municipio:			Población o Ciudad:		Estado:		País:
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Número de teléfono:		Nacionalidad (En caso de ser extranjero, entregar el cuestionario FATCA para nacionalidad Norteamericana y/o Auto declaración de Información Fiscal para otra nacionalidad).			
País de nacimiento:				Número de serie de la firma electrónica avanzada:			
Ocupación o profesión:			Actividad o giro del negocio:				
R.F.C.:		C.U.R.P.:			Correo electrónico:		
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							

En caso de respuesta afirmativa, indique el cargo:

NOTA: Si el asegurado o beneficiario es o ha sido funcionario público destacado, deberá entregar el Formato correspondiente al Anexo A.

**SECCIÓN B (Llenar los datos de su país de origen)**

Calle:		Colonia:		Delegación o Municipio:			
Código postal:		P.O. Box:	Estado:	País:	Clave de país + Código de ciudad + Teléfono		
Por favor indique si usted tiene nacionalidad distinta a la Mexicana en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros (FATCA por sus siglas en inglés). Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa llene los campos de abajo y deberá llenar cuestionario FATCA:							

\* Número de identificación Federal del Contribuyente (TIN) en E.U.A.:

\* Si cuentan con más de una nacionalidad, indique el país:

**Finiquito:** En caso de resultar procedente la reclamación que se efectúa, autorizo a **MAPFRE México, S.A.** para que realice el pago del importe que corresponde al suscrito por la póliza señalada en este formato mediante transferencia electrónica de fondos, efecto para el cual líneas adelante proporciono los datos necesarios para que se realice dicha transferencia. Condicionado a que la cantidad que me sea depositada o transferida, sea el importe que me corresponde, entonces me daré por pagado y surtirá efectos el finiquito que en este momento otorgó a **MAPFRE México, S.A.**, el cual se extiende en los términos más amplios que en derecho proceda y corresponda, no reservándome ninguna acción o derecho que ejercitar en su contra, sea de naturaleza civil, mercantil, administrativa o penal, dado el pago que se efectúe y el presente finiquito. Dicho finiquito se extiende a los accionistas, directivos, colaboradores, prestadores y representantes de **MAPFRE México, S.A.**

Banco: \_\_\_\_\_

Clabe Interbancaria

Lo anterior en el entendido que esta autorización no constituye para **MAPFRE México, S.A.** una obligación de pago así como tampoco una aceptación sobre la procedencia de mi reclamo.

Declaro que los datos que proporciono en este formato son verídicos y pueden corroborarse en las copias simples de los documentos que agrego. Finalmente, autorizo que los datos que proporciono en el presente formato sean utilizados por **MAPFRE México, S.A.** para cualquiera de los fines que aparezca en su Aviso de Privacidad, autorización que se extiende en favor de cualquier empresa relacionada con ésta y con la que el suscrito tenga o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que los recursos que llegue a recibir no los destinara a ninguna actividad ilícita.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE México, S.A.**

\_\_\_\_\_ Lugar y fecha

\_\_\_\_\_ Nombre y firma del beneficiario



## Aviso de Privacidad Simplificado

**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, 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](mailto: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](http://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: 17/enero/2017