MAPFRE

MAPFRE TEPEYAC, S.A.
Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Mpo. San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

SOLICITUD ÚNICA PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Folio	
Póliza No.	

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

DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA MORAL

R.F.C.:	Relación con el solicitante:	Nacionalidad:
Denominación y/o Razón Social:	Giro Mercantil u Objeto Social:	
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:	Fecha de Constitución:	
Calle y Número:	Colonia:	Estado:
Municipio o Delegación:	Ciudad o Población	C.P.:
Teléfonos:	e-mail:	
Nombre completo del Apoderado Legal:	Folio Mercantil:	

DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA FISICA

R.F.C.:	CURP:	Relación con el solicitante:
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Número se serie de la Firma Electrónica Avanzada:	Nacionalidad:	
País de nacimiento:	Lugar y Fecha de nacimiento:	
Calle y Número:	Colonia:	Estado:
Municipio o Delegación:	Ciudad o Población	C.P.:
Teléfonos:	e-mail:	
Ocupación, profesión o giro del negocio:	Tipo, número y emisor de la Identificación Oficial:	

DATOS DEL SOLICITANTE

R.F.C.:	CURP:	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fuma: Si ☐ No ☐
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Edad:	
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro			
Calle y Número:	Colonia:		
C.P.:	Estado:	Municipio o Delegación:	
Teléfonos:	e-mail:		
Ocupación:	Especifique en qué consiste:		
Empresa donde presta sus servicios:	Teléfonos:		
Nombre de su puesto:	Ingreso anual:		
Giro de la empresa:			
¿Qué tipo de máquinas, herramientas, sustancias o vehículos utiliza?			
¿Requiere licencia? Si ☐ No ☐	¿Requiere certificación médica? Si ☐ No ☐	Fecha de expiración dd/mm/aa:	
¿Requiere viajar? Si ☐ No ☐	¿Viajar al extranjero? Si ☐ No ☐	Tipo de transporte:	
¿Trabaja en las alturas? Si ☐ No ☐		Indicar altura promedio (mts.):	
Indique lugar de trabajo: Oficina ☐ Fábrica ☐ Taller ☐ Calle ☐			

DOMICILIO FISCAL (en caso de ser diferente a los datos del solicitante)

Calle y Número:	Colonia:	C.P.:
Estado:	Municipio o Delegación:	Teléfonos:

DATOS PÓLIZA

Forma de Pago: Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Unico ☐ DXN Semanal ☐ DXN Quincenal ☐

Conducto de Cobro: Domiciliado ☐ Llenar formato de autorización cargo bancario Agente ☐

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje
1.		
2.		
3.		
4.		

DATOS DE BENEFICIARIOS

Domicilio Completo	Fecha de Nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	

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.

TIPO DE PLAN Y COBERTURA (marcar la opción solicitada)

PLANES	PLAZO (Años)	MONEDA	INCREMENTO		
			Sin Crecimiento	Lineal 10%	Geométrico 10%
[1 2 3] Devolución de Primas ☐	5 10 20	Pesos Dólares Udis	☐	☐	☐
Jubilación Deducible ☐ No Deducible ☐	EA 55 60 65 EA de 66 a 75 ☐	Pesos Dólares Udis	☐		5% en Primas todas las monedas.
Vida Entera ☐	Vitalicio	Pesos Dólares Udis	☐	☐	
[4] Temporal ☐	1 5 10 15 20 EA 65	Pesos Dólares Udis	☐	☐	
[5] Vida Entera Pagos Limitados ☐	Vitalicio	Pesos Dólares Udis	☐	☐	
Temporal Uno Venta Masiva ☐	1	Pesos	☐		
Meridiano Venta Masiva ☐	5 9	Pesos	☐		
Ahorro Mixto ☐	5 6 10 15 20 EA 55 60 65	Pesos Dólares Udis	☐		
Prima Unica (pago único) ☐	De 1 a 20 ☐	Pesos Dólares Udis	☐		
Superación (llenar anexo correspondiente) ☐	EA 15 18 22	Dólares Udis	☐		
Riesgo Preferente ☐	10 20	Dólares	☐		

1. Plazo 5 años se comercializa en pesos, dólares y udis.
2. Plazo 10 años se comercializa en pesos y dólares.
3. Plazo 20 años pesos.

** El plazo 1 año aplica solo para moneda pesos

*** Elegir plazo de pago 5 10 15 20 Años EA 60 65

NOTA: A excepción del Plan Jubilación, planes en moneda dólares o udis no tienen incremento.

Coberturas	Suma Asegurada	Prima (en caso de cotizar en base a)
Básica		
De Accidente (sólo puede elegir una opción): MA (Muerte Accidental) ☐		
MAC (Muerte Accidental Colectiva) ☐		
MAPO (Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas) ☐		
MAPOC (Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas Colectivas) ☐		
PO (Pérdidas Orgánicas) ☐		
POC (Pérdidas Orgánicas Colectivas) ☐		
De Invalidez Total y Permanente: BIPA (Pago de Suma Asegurada) ☐		
PASI (Pago de Suma Asegurada) sólo Meridiano Venta Masiva ☐		
BITA (Exención Pago de Primas por Invalidez) sólo Meridiano Venta Masiva	AMPARADA Si ☐ No ☐	
BIT (Exención Pago de Primas por Invalidez)	AMPARADA Si ☐ No ☐	
BEF (Exención Pago de Primas por Fallecimiento) sólo Superación	AMPARADA Si ☐ No ☐	
Enfermedades Graves (excepto Superación, Prima Única y Vida Entera Pagos Limitados)	AMPARADA Si ☐ No ☐	
Servicios Funerarios (excepto Superación, Prima Única y Vida Entera Pagos Limitados)	AMPARADA Si ☐ No ☐	

AVIACIÓN Y DEPORTES

¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Si No

¿Cuáles?

¿En qué forma? Profesional Aficionado | ¿Desea cubrir el riesgo? Si No

NOTA: Si usted desea cubrir alguno de los riesgos anteriormente descritos, por favor solicite y requisite el cuestionario correspondiente.

OTROS SEGUROS DE VIDA

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si ☐ No ☐ | Compañía | Suma Asegurada

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si ☐ No ☐ | En caso afirmativo ¿por qué motivo?

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

NOTA: Se hace constar que la omisión o inexactitud de información proporcionada y relativa a seguros voluntarios no podrán ser invocados para rescindir el contrato conforme al Artículo 47 de la Ley sobre el contrato de seguros.

HÁBITOS

ACTUALMENTE	Si	No	Cantidad	Frecuencia	Si en el pasado hizo uso de uno o varios de esos productos indique: Fecha de inicio (d d m m a a)	Fecha de término (d d m m a a)	Motivo de término
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	☐	☐	☐ Copas				
En caso de SI fumar indicar:							
Cigarros ☐ Puro ☐ Pipa ☐							
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	☐	☐					

¿Tipo de droga o estimulante? _____

CUESTIONARIO MÉDICO (Obligatorio)

1. Estatura ☐ mts. Peso ☐ kg.

	Si	No	
2. ¿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?	☐	☐	Causa _____
3. ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algun médico, toma algún medicamento?	☐	☐	Causa _____ Desde cuándo _____
4. ¿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?	☐	☐	Cuál _____ Desde cuándo _____
5. ¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografía de algún órgano en concreto, curva de glucosa, pruebas de la función hepática o renal, examen de SIDA?	☐	☐	Cuál _____ Cuándo _____
6. ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10 kg. o más en el último año?	☐	☐	

kg. aumentados ☐ kg. disminuidos ☐

7. Preguntas adicionales para mujeres:

a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer?	☐	☐	Cuál _____
b) ¿Está actualmente embarazada?	☐	☐	¿Cuántos meses? _____

c) Fecha de realización del último

	d d m m a a	
1 Papanicolau		Resultado _____
2 Mamografía		Resultado _____

8. ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades?

	Si	No
a) Enfermedades del Corazón (por ejemplo: Soplo, Infarto, etc.)	☐	☐
b) Hipertensión Arterial	☐	☐
c) Cerebro Vasculares (por ejemplo: Embolia Cerebral, Infarto Cerebral, Hemorragia Cerebral, etc.)	☐	☐
d) Psiquiátricas o Nerviosas (por ejemplo: Depresión, Epilepsia, etc.)	☐	☐
e) Enfermedades Endocrinas (por ejemplo: Diabetes, Tiroides, Páncreas, etc.)	☐	☐
f) Insuficiencia Renal - Infecciones Urinarias (por ejemplo: Piedras en el Riñón, etc.)	☐	☐
g) Enfermedades de la Sangre (por ejemplo: Cáncer, Leucemia, Anemia, Tumores, etc.)	☐	☐
h) Cirrosis o Hepatitis B, C (por ejemplo: Alcoholismo, etc.)	☐	☐
i) Enfermedades Pulmonares o Respiratorias (por ejemplo: Enfisema, Asma, Tos Crónica, Tuberculosis, etc.)	☐	☐
j) Consumo de Drogas	☐	☐
k) Sida o Complejo Relacionado con el Sida	☐	☐
l) Artritis Reumatoide, Lupus o Enfermedades del Tejido Conectivo	☐	☐
m) Enfermedades del Aparato Digestivo (por ejemplo: Esofagitis, Úlcera Gástrica, Sangrados Digestivos, etc.)	☐	☐

9. ¿Alguna otra enfermedad no mencionada? Si _____ No _____ Cuál _____ Tratamiento y Resultado _____

EN CASO AFIRMATIVO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES AMPLIAR INFORMACIÓN				
Pregunta No.	Padecimento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o Tratamiento y/o Resultado
Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar:				
Nombre del hospital:				

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36A, 36B y 36D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número DTP-096/94 de fecha 9 de junio de 1994, DTP-139/94 de fecha 1 de agosto de 1994, DTP-055/95 de f echa 24 de febrero de 1995, CNSF-S0041-0138-2003 de fecha 17 de febrero de 2003, CNSF-S0041-0860-2009 de fecha 11 de diciembre de 2009, CNSF-S0041-0049-2007 de fecha 19 de enero de 2007, DVA-S-586/99 de fecha 9 de noviembre de 1999, CNSF-S0041-0135-2002 de fecha 13 de diciembre de 2002, CNSF-S0041-0857-2009 de fecha 11 de diciembre de 2009, CNSF-S0041-0495-2004 de fecha 13 de diciembre de 2004, DVA-S-493/2000 de fecha 1 de noviembre de 2000, CNSF-S0041-0187-2010 de fecha 9 de febrero de 2010."

Aviso de Privacidad

MAPFRE

MAPFRE TEPEYAC, S.A., con domicilio ubicado en el número cinco de Boulevard Magnocentro, en la Colonia Centro Urbano Interlomas, en el Municipio de Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52760, 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 trasferencia, 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 TEPEYAC, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Edad	Estado de salud	Vive si / no	Edad a la muerte	Causas
Madre					
Padre					
Hermanos					
Hijos					

Sus padres tienen o han tenido alguna de las siguientes enfermedades:

	¿Quién?	Evolución
Enfermedad cardíaca		
Cáncer		
Presión arterial alta		
Diabetes		

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Domicilio	Teléfono

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (Debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que tengan referencia a este cuestionario como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de derechos del asegurado o de los beneficiarios 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 TEPEYAC, estime conveniente 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 las compañias de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguro de vida, para que proporcione a MAPFRE TEPEYAC, los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedad y hábitos anteriores: información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE TEPEYAC, lo considere oportuno inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE TEPEYAC, 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."

Lugar y Fecha:

Firma del contratante	Firma del solicitante

OBSERVACIONES:

INFORMACIÓN DEL AGENTE

1.¿Cuánto tiempo hace que conoce al (los) solicitante (s)?

2.¿Indique el capital estimado del contratante y prima equivalente?

3.¿En cuánto estima sus ingresos mensuales?

4.¿Aparenta (n) buena salud el (los) solicitante (s)?

5.¿Conoce usted algo de su salud, hábitos, pasatiempos ambiente o modo de vida que pudiera afectar el riesgo?

6.¿Existe algún riesgo peligroso dentro de su ocupación habitual?

7.¿Le consta que el cliente firmó esta solicitud? Si ☐ No ☐

8.Tipo de comisión: Nivelada ☐ Decreciente ☐ Póliza Grupo Si ☐ No ☐ Número _____

Nombre del (los) agente (s)	Clave	Porcentaje	Firma
Teléfonos:	e-mail:		

Certificación del agente: Manifiesto que he informado de forma amplia y detallada sobre los alcances de la cobertura a contratar; asimismo, asiento que los datos en esta sólicitud son ciertos y los he corroborado.

Para mayor información consulte la página www.mapfre.com.mx o acuda a su agente.