



**CUESTIONARIO**

Peso:      kg    Estatura:      m    ¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Si  No  ¿Cuál?

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

1. Del corazón (soplo, infarto)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. Cirrosis o hepatitis B, C (alcoholismo)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Hipertensión arterial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9. Consumo de drogas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Cerebro vasculares (embolia, infarto o hemorragia cerebral)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10. SIDA o complejo relacionado con el SIDA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Psiquiátricas o nerviosas (depresión, epilepsia)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	11. Artritis reumatoide, lupus o del tejido conectivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Endocrinas (diabetes, tiroides, pancreas)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	12. Pulmonares o respiratorias (enfisema, asma, tos crónica, tuberculosis)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Insuficiencia renal – infecciones urinarias (piedras en el riñon)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13. Del aparato digestivo (esofagitis, ulcera gástrica, sangrados digestivos)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. De la sangre (cáncer, leucemia, anemia, tumores)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. ¿Alguna otra enfermedad no mencionada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**EN CASO AFIRMATIVO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES AMPLIAR LA INFORMACIÓN**

Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o tratamiento y/o resultado

**OTROS SEGUROS DE VIDA** ¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si  No

Especifique compañía, suma asegurada, moneda y plan

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

**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 (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s))	Parentesco	Porcentaje
1		
2		
3		
Domicilio completo		Fecha de nacimiento
1		dd/mm/aaaa
2		dd/mm/aaaa
3		dd/mm/aaaa

**El beneficiario por sobrevivencia, sera 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:**

**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.**

**De interés 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, omisión o declaración de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso, facultando a MAPFRE México, S.A. para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar exámenes médicos que MAPFRE México, S.A., 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 compañías de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguro de vida, para que proporcione a MAPFRE México, S.A., los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedad y hábitos anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE México, S.A. 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 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".

"Declaro que me informaron, previa contratación, las características, limitaciones y exclusiones del producto, mismas que puedo consultar en las condiciones generales del producto, así mismo asumo el riesgo en las inversiones seleccionadas".

**Para ser llenado exclusivamente por el intermediario de seguros**

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

Nombre:	Clave:
Nombre y firma del contratante/solicitante	Nombre y firma del intermediario de seguros

Lugar y fecha:

"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 03 de octubre de 2017, con el número CNSF-S0041-0482-2017/CONDUSEF-002845-01".



## 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](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: 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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o página de internet [www.condusef.gob.mx](http://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

**EA:** Edad alcanzada