



MAPFRE México, S.A.  
Av. Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos,  
Del. Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México.  
Teléfono 65929000 R.F.C. MTE-440316 E54

Solicitud Unit Linked Vida  
Ampliado

Suma asegurada mayor a un millón quinientos mil pesos o su equivalente en moneda dólares o UDI

Folio   
Póliza

Esta solicitud debe ser llenado por el solicitante en su totalidad con letra molde y firmado por el mismo. No será válida si presenta tachaduras o se ha omitido algún dato.

| Datos del contratante/ solicitante  |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Nombre(s)   |  | Apellido paterno   |  |
| Apellido materno  |  | RFC (con homoclave)  |  |
| Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa  |  | País y lugar de nacimiento   |  |
| Nacionalidad (es)   |  | CURP   |  |
| TIN, NIF o equivalente  |  | Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>   |  |
| Tipo, número y emisor de la identificación oficial  |  | Vigencia dd/mm/aaaa  |  |
| Empresa donde presta sus servicios, indique el giro   |  |  |  |
| Ocupación o profesión   |  | Especifique  |  |
| Firma Electrónica Avanzada <sup>1</sup>   |  |  |  |
| Correo electrónico  |  | ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| Especificar cargo   |  |  |  |
| ¿Autoriza que su póliza, sus condiciones generales y endosos sean enviadas a su correo electrónico? Si ( ) No ( ) |  |  |  |

| Domicilio                                  |  |                                      |  |
|--|--|--------------------------------------|--|
| País del domicilio                         |  | CP. y/o POBOX                        |  |
| Estado                                     |  | Ciudad/Población                     |  |
| Alcaldía/Municipio                         |  | Colonia                              |  |
| Calle                                      |  | Número exterior                      |  |
| Número interior                            |  | Teléfono                             |  |
| Clave de país                              |  | Código de ciudad                     |  |
| País(es) de residencia fiscal <sup>2</sup> |  | Órdenes de transferencia permanentes |  |

Indique si alguna de las personas involucradas en el seguro tiene una nacionalidad distinta a la mexicana en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros o al Estándar Común de Reportes (FATCA y CRS por sus siglas en inglés)  
Contratante SI  NO  Solicitante SI  NO  Beneficiario SI  NO   
Si la respuesta es afirmativa, le pedimos solicite a su agente y requisiere adicionalmente el "Formato de auto-certificación FATCA y CRS".

| Tipo de plan   | Coberturas   | Suma asegurada |
|--|--|----------------|
| Modalidad: Tu Inversión <input type="checkbox"/> Tu Jubilación <input type="checkbox"/> Tu Retiro <input type="checkbox"/> | Cobertura Básica <input type="radio"/> Fallecimiento           |                |
| Moneda: Nacional <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> UDIS <input type="checkbox"/> Plazo:            | Cobertura Adicional <input type="checkbox"/> Muerte accidental |                |

| Perfil  | Selección de inversiones (especificar nombre del fondo a elegir y porcentaje) |                                  |                                  |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Moderado <input type="checkbox"/> Prudente <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ %  | <input type="checkbox"/> _____ % | <input type="checkbox"/> _____ % |
| Decidido <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> _____ %  | <input type="checkbox"/> _____ % | <input type="checkbox"/> _____ % |

La suma de los porcentajes de todas las inversiones será el 100% en distribución y en monto de prima.

| Cobranza               |  |   |  |
|------------------------|--|---|--|
| Prima Inicial:         |  | Conducto de pago: <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente  |  |
| Prima Adicional:       |  | Forma de pago: <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual |  |
|                        |  | Conducto de pago: <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente  |  |
| Día de cargo sugerido: |  |   |  |

\*Sólo con cargos automáticos a tarjeta de débito o cuenta CLABE

En caso de haber seleccionado domiciliación a tarjeta de débito o cuenta CLABE como conducto de pago, llenar el siguiente apartado con datos del pagador

| Domiciliación  |  |   |
|--|--|---|
| CLABE <input type="text"/>   | Tarjeta de débito <input type="text"/> | Fecha de vencimiento <input type="text"/> |
| Banco <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa |  |   |

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ para notificación del cargo.

Solicito y autorizo a la Institución Financiera afiliada a Visa o Master Card que antes he indicado, para que con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta citada, o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya sido asignada por la Institución Financiera mencionada, se sirva pagar por mi cuenta a **Mapfre México, S. A.**, los cargos por los conceptos relacionados con el pago de la póliza en la periodicidad y monto que se detalla en la misma.

<sup>1</sup> Si cuenta con ella <sup>2</sup> En caso de poseer más de 3 países de residencia fiscal y NIF, solicite el "Formato de auto-certificación FATCA y CRS"

| 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 (Nombre (s), Apellido paterno, Apellido materno)  | Parentesco               | Porcentaje          |
| 1   |                          |                     |
| 2   |                          |                     |
| 3   |                          |                     |
| Domicilio completo (País del domicilio, Código Postal, Estado, Ciudad/Población, Alcaldía/Municipio, Colonia, Calle, No. Exterior y No. Interior)   | Misma del contratante    | Fecha de nacimiento |
| 1   | <input type="checkbox"/> | dd/mm/aaaa          |
| 2   | <input type="checkbox"/> | dd/mm/aaaa          |
| 3   | <input type="checkbox"/> | dd/mm/aaaa          |

**El beneficiario por sobrevivencia, será 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:**

**INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE**

Indique el lugar de trabajo    Oficina ( )    Fábrica ( )    Taller ( )    Calle ( )    Otro    Ingreso mensual

¿Qué tipo de máquinas, herramientas, sustancias o vehículos utiliza?

¿Tiene alguna otra ocupación? Si ( ) No ( ) Especifique en qué consiste

¿Requiere viajar? Si ( ) No ( ) Indique tipo de transporte:

¿Viaja en aeronaves particulares? <sup>3</sup> Si ( ) No ( ) Especifique tipo de aeronave y horas de vuelo

¿Utiliza motocicleta? <sup>3</sup> Si ( ) No ( ) Especifique con qué frecuencia y para qué

¿Trabaja en las alturas? Si ( ) No ( ) Indicar altura promedio (mts)

<sup>3</sup> Llenar formato correspondiente

**DEPORTES Y/ O AFICIÓN**

¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Como ala delta, automovilismo, buceo, charrería, equitación, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, planeador o tauromaquia.  
Si ( ) No ( ) ¿Cuál(es)?

En caso de practicar algún deporte o afición. Indique ¿En qué forma practica el deporte y/o afición?    Profesional ( )    Amateur ( )

¿Desea cubrir el riesgo? Si ( ) No ( ) Si usted desea cubrir el riesgo, por favor solicite y requisiere el cuestionario correspondiente.

**HÁBITOS**

| Actualmente  | Si en el pasado hizo uso de uno o varios de esos productos indique: |                  |                   |
|--|---|------------------|-------------------|
|  | Fecha de inicio   | Fecha de término | Motivo de término |
|  | día   | mes              | año               |
| En caso de ingerir bebidas alcohólicas: Indique cantidad en copas  |   |                  |                   |
| En caso de fumar indique: Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad |   |                  |                   |
| En caso de hacer uso de drogas o estimulantes: Indique el tipo y frecuencia  |   |                  |                   |

**CUESTIONARIO MÉDICO**

Peso: kg    Estatura: m    ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10 Kg o más en el último año? Si ( ) No ( ) Indique: Kg más ( ) Kg menos ( )

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

|  |               |   |               |
|--|---------------|---|---------------|
| 1. Del corazón (soplo, infarto)  | Si ( ) No ( ) | 13. Del aparato digestivo (esofagitis, ulcera gástrica, sangrados digestivos)   | Si ( ) No ( ) |
| 2. Hipertensión arterial   | Si ( ) No ( ) | 14. ¿Alguna otra enfermedad no mencionada?  | Si ( ) No ( ) |
| 3. Cerebro vasculares (embolia, infarto o hemorragia cerebral)             | Si ( ) No ( ) | 15. ¿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?        | Si ( ) No ( ) |
| 4. Psiquiátricas o nerviosas (depresión, epilepsia)                        | Si ( ) No ( ) | 16. ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algún médico, toma algún medicamento?   | Si ( ) No ( ) |
| 5. Endocrinas (diabetes, tiroides, pancreas)                               | Si ( ) No ( ) | 17. ¿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? | Si ( ) No ( ) |
| 6. Insuficiencia renal – infecciones urinarias (piedras en el riñón)       | Si ( ) No ( ) | 18. ¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografía de algún órgano en concreto, curva de glucosa, prueba de la función hepática o renal, examen de SIDA?     | Si ( ) No ( ) |
| 7. De la sangre (cáncer, leucemia, anemia, tumores)                        | Si ( ) No ( ) |   |               |
| 8. Cirrosis o hepatitis B, C (alcoholismo)                                 | Si ( ) No ( ) |   |               |
| 9. Consumo de drogas   | Si ( ) No ( ) |   |               |
| 10. SIDA o complejo relacionado con el SIDA                                | Si ( ) No ( ) |   |               |
| 11. Artritis reumatoide, lupus o del tejido conectivo                      | Si ( ) No ( ) |   |               |
| 12. Pulmonares o respiratorias (enfisema, asma, tos crónica, tuberculosis) | Si ( ) No ( ) |   |               |

**Preguntas adicionales para mujeres**

a) ¿Ha tenido una enfermedad propia de la mujer? Si ( ) No ( ) ¿Cuál?

b) ¿Esta actualmente embarazada? Si ( ) No ( ) ¿Cuántos meses?

c) Fecha de realización del último

|               |     |     |     |           |
|---------------|-----|-----|-----|-----------|
| 1 Papanicolau | día | mes | año | Resultado |
| 2 Mamografía  |     |     |     | Resultado |

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

| Pregunta No. | Padecimiento | Fecha de inicio | Duración | Causa, Estado actual y/o tratamiento y/o resultado |
|--------------|--------------|-----------------|----------|--|
|              |              |                 |          |  |
|              |              |                 |          |  |
|              |              |                 |          |  |
|              |              |                 |          |  |

Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar

Nombre del hospital

| 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 cardiaca   |         |                 |              |                  |        |
| Cáncer  |         |                 |              |                  |        |
| Presión arterial alta   |         |                 |              |                  |        |
| Diabetes  |         |                 |              |                  |        |
| OTROS SEGUROS DE VIDA   |         |                 |              |                  |        |
| ¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Sí( ) No( ) Especifique Compañía, Suma asegurada, moneda y plan |         |                 |              |                  |        |
| ¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí( ) No( ) ¿Por qué motivo?                                   |         |                 |              |                  |        |
| REFERENCIAS PERSONALES  |         |                 |              |                  |        |
| Nombre completo   |         | Domicilio       |              | Teléfono         |        |
|   |         |                 |              |                  |        |

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.

**"Declaro que se me informaron, previa contratación, las características, limitaciones y exclusiones del producto, misma que puedo consultar en las condiciones generales del producto, así mismo asumo el riesgo en las inversiones seleccionadas."**  
**"Declaro que se me informó que, en caso de Rescate Total, los recursos se entregaran con base en el último valor de liquidación de las unidades de participación."**  
**Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE MÉXICO, S.A.**

**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 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, facultando a MAPFRE 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 se 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".

**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**

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: 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**.

**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** o página de internet **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

| PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL AGENTE   |                              |
|---|------------------------------|
| Manifiesto que he informado de forma amplia y detallada sobre los alcances de las coberturas a contratar; así mismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos. |                              |
| Nombre:   | Clave:                       |
| Tipo de autorización:   | Número de cédula y vigencia: |
| Domicilio donde realiza sus actividades:  |                              |

|  |   |
|--|---|
| Nombre y firma del contratante/solicitante | Nombre y firma del intermediario de seguros |
| Lugar y fecha:                             |   |

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

**“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 29 de julio de 2024, con el número CNSF-S0041-0118-2024/CONDUSEF-006359-02”.**