

CONSENTIMIENTO PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO DIVERSOS

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación y/o Razón Social:			
Nacionalidad:	R.F.C.:	Relación con el solicitante:	
Calle y número:	Colonia:	Municipio o delegación:	
Ciudad o población:	Estado:	País:	C.P.:
Teléfonos:	Clave de país:	Código de ciudad:	e-mail:
Giro del negocio:			

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	Número de subgrupo:
Vigencia de la póliza desde las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa	hasta las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa
Vigencia del certificado desde las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa	hasta las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa
Regla para determinar suma asegurada por cobertura:	

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
Nombre(s):		
Nacionalidad (es):	R.F.C.:	Fecha de nacimiento: dd / mm /aa
Tipo, número y emisor de la identificación oficial:	Vigencia: dd / mm /aa	Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada :
País y lugar de nacimiento:	Sexo: () M () F	
Domicilio:		
Estado civil: () Casado () Soltero () Otro	Especificar: _____	
Ocupación actual:		
¿En que consiste?:	Ingreso mensual:	
Fecha de ingreso a la empresa : dd / mm /aa	Fecha de alta de la póliza: dd / mm /aa	
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si () No ()		
Especifique cargo:		

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, quién 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

MAPFRE México S.A., hace de su conocimiento que los datos recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en www.mapfre.com.mx

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.

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

Lugar y fecha: _____

Firma del Representante Legal y/o Contratante

Firma del Solicitante

Firma del Funcionario autorizado

"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 19 de Julio de 2010, con número CNSF-S0041-0524-2010/CONDUSEF-002406-05, y a partir del día 10 de noviembre de 2021 con el número MODI-S0041-0021-2021".

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

“MAPFRE México, podrá aplicar este cuestionario médico y exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del mismo, para comprobar que reúnen las condiciones de salud y asegurabilidad que ella fije.”

	Si	No
1. ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algún médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente? (Sordera, cojera, mudez, pérdida de agudeza visual y extremidades, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fuma usted cigarrillos, puro o pipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta fue afirmativa, ¿cuántos cigarros fuma semanalmente?	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
Si actualmente no fuma, ¿desde cuándo no lo hace?	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
6. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta fue afirmativa, ¿cuántas copas ingiere semanalmente?	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
7. ¿Ha disminuido o aumentado su peso en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kg. aumentados <input style="width: 40px;" type="text"/> kg. disminuidos <input style="width: 40px;" type="text"/>		
8. Estatura <input style="width: 40px;" type="text"/> mts. (sin tacones) Peso <input style="width: 40px;" type="text"/> sin saco		
9. ¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografías de algún órgano en concreto, curva de glucosa, pruebas de la función renal o hepática, examen de SIDA, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado <input style="width: 780px;" type="text"/>		
10. ¿Toma algún medicamento o consume algún tipo de droga o sustancia tóxica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles? <input style="width: 770px;" type="text"/>		
¿Desde cuándo? <input style="width: 380px;" type="text"/>		
11. Preguntas adicionales para mujeres:	Si	No
a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Cuántos meses tiene?	<input style="width: 80px;" type="text"/>	
12. ¿Padece o ha padecido?	Si	No
a. Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si	No
b. Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Infarto al miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tos crónica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gastritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Úlcera gástrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Diarrea crónica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Páncreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Cirrosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Embolia cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Enfermedad cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Enfermedad renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Infección de la orina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Depresión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Otra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Cáncer o algún tipo de tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene una incapacidad o invalidez temporal o permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se le a realizado un examen de SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN CASO AFIRMATIVO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, AMPLIAR INFORMACIÓN

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

Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar:

Nombre del hospital:

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

	¿Quién?	Evolución
Enfermedad cardíaca		
Cáncer		
Presión arterial alta		

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a MAPFRE México aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE México lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a MAPFRE México la información de su conocimiento y que a su vez MAPFRE México proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

MAPFRE México S.A., hace de su conocimiento que los datos recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en www.mapfre.com.mx

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.

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

Lugar y fecha

Nombre y Firma del Solicitante

"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 19 de Julio de 2010, con número CNSF-S0041-0524-2010/CONDUSEF-002406-05, y a partir del día 10 de noviembre de 2021 con el número MODI-S0041-0021-2021".

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

GLOSARIO : aa: Año, Av.: Avenida, C.P.: Código Postal, CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dd: Día, etc.:etcétera, F: Femenino, hrs.: Horas, kg.: Kilogramos, M: Masculino, mm: Mes, mts.: Metros, No.:Número, R.F.C.:Registro Federal de Contribuyentes