

Esta solicitud debe llenarla el Contratante o Representante legal con letra legible y no será válida si presenta tachaduras o se omite alguno de los datos solicitados

| | | |
|--|--|--|
| Folio: | Vigencia del seguro: desde: dd / mm /aa hasta: dd / mm /aa | Moneda: |
| Tipo de seguro: () Empresarial () Diversos | Participación: () Sin dividendos () Con dividendos Global | () Con dividendos Propia |
| Tipo de administración: () Autoadministrado () Normal () Simplificado | | Tipo de Afiliación: () Obligatoria () Voluntaria |

DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA MORAL

| | | | |
|---|------------------|------------------------------------|---------|
| Denominación y/o Razón Social: | | | |
| Nacionalidad: | R.F.C.: | Relación con el solicitante: | |
| Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada: | | | e-mail: |
| Giro mercantil u objeto social: | Folio mercantil: | Fecha de constitución: dd / mm /aa | |
| Calle y número: | Colonia: | Municipio o delegación: | |
| Ciudad o población: | Estado: | País: | C.P.: |
| Teléfonos: | Clave de país: | Código de ciudad: | |
| Nombre completo del Apoderado Legal: | | | |
| ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si () No () Especifique cargo: | | | |

DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA

| | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Nombre (s): | Apellido Paterno: | Apellido Materno: | |
| Nacionalidad: | Fecha de nacimiento: dd / mm /aa | País y lugar de nacimiento: | |
| R.F.C.: | CURP: | Relación con el solicitante: | |
| Ocupación, profesión o giro del negocio: | | | |
| Tipo, número y emisor de la identificación oficial: | | | Vigencia: dd / mm /aa |
| Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada: | | | e-mail: |
| ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si () No () Especifique cargo: | | | |
| Calle y número: | Colonia: | Municipio o delegación: | |
| Ciudad o población: | Estado: | País: | C.P.: |
| Teléfonos: | Clave de país: | Código de ciudad: | |

| | |
|---|---|
| Forma de pago: Anual () Semestral () Trimestral () Mensual () | Conducto de cobro: Agente () Banco () |
| Banco: *cargo automático a cuenta de cheques | _____ (Nombre del banco) |

* En caso de cobranza por banco de cargo automático a cuenta de cheques deberán entregar los formatos respectivos debidamente firmados.

| Número de subgrupo | Razón Social (indicarla sólo en caso de que sea diferente al Contratante) | Giro |
|--------------------|--|------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURABLE

| |
|---|
| I.- Número de personas que forman el grupo: |
| II.- Número de personas que van a asegurarse: |
| III.- Cantidad o porcentaje con que los miembros del grupo asegurable contribuirán al pago de la prima: |

| Número de subgrupo | Definición de grupo asegurable | Regla para determinar la suma asegurada |
|--------------------|--------------------------------|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

| Coberturas adicionales contratadas | Subgrupo 1 | | Subgrupo 2 | | Subgrupo 3 | | Subgrupo 4 | | Subgrupo 5 | |
|--|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| | Amp. | Exc. |
| ACCIDENTE | | | | | | | | | | |
| Muerte Accidental (I.M.A) | | | | | | | | | | |
| Pérdidas Orgánicas (I.P.O) | | | | | | | | | | |
| Doble Indemnización por Accidente Colectivo (D.I.A.C) | | | | | | | | | | |
| INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PAGO ANTICIPADO) | | | | | | | | | | |
| Por Accidente o Enfermedad (B.I.T.P) | | | | | | | | | | |
| Por Accidente (B.I.T.P.A) | | | | | | | | | | |
| INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS) | | | | | | | | | | |
| Temporal (B.I.T.T) | | | | | | | | | | |
| Vitalicio (B.I.T.V) | | | | | | | | | | |

Marcar con una "X" si la cobertura está amparada o si está excluida. Amp. = Amparada Exc. = Excluida

El Contratante debe anexar toda la información relativa cada uno de los miembros del Grupo asegurable

Para todos los efectos legales de esta solicitud, declaro que personalmente he dado respuestas verídicas y completas. Reconozco que las declaraciones en la presente, constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

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, 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 puesto del Representante Legal del Contratante:

DATOS DEL AGENTE

Nombre completo:

Clave:

Firma del Representante Legal y/o Contratante

Firma del 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 18 de agosto de 2010, con número CNSF-S0041-0796-2010/CONDUSEF-002403-05, y a partir del día 10 de noviembre de 2021 con el número MODI-S0041-0022-2021"

Aviso de Privacidad

MAPFRE México, S.A., ubicada en Av. Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos y Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, en la 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 tratarán para todos los fines vinculados con la mencionada relación jurídica y las obligaciones derivadas de la misma. En específico para:

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 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: 1 / Agosto / 2013.

DATOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE USUARIOS

MAPFRE pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), 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 y Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, con correo electrónico UNE@mapfre.com.mx

Glosario: aa: Año, Av.: Avenida, C.P.: Código Postal o Post Office Box (POBOX), CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, CURP:Clave Única de Registro de Población, dd: Día, etc.:etcétera, mm: Mes, No.: Número, R.F.C.:Registro Federal de Contribuyentes o Taxpayer Identification Number (TIN).