MAPFRE

SOLICITUD PLAN SERVICIOS FUNERARIOS

No. Solicitud_____

Av. Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos
Del. Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México
Teléfono 6592 9000, RFC MTE-440316-E54

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

Datos del contratante				
RFC	CURP		Relación con el solicitante	
Nombre(s):	Apellido paterno		Apellido materno	
Domicilio(calle y número)	Colonia	Municipio o Delegación		Estado
CP	Población	Teléfono	E-mail	
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	Ocupación

Datos del solicitante titular				
RFC	CURP		Sexo	
Nombre(s):	Apellido paterno		Apellido materno	
Domicilio(calle y número)	Colonia	Municipio o Delegación		Estado
CP	Población	Teléfono	E-mail	
Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	Ocupación	

En caso de requerir la cobertura para el Cónyuge, completar la siguiente información:					
Nombre del solicitante	RFC	Edad	Sexo	Parentesco	Estado civil

Hábitos del solicitante Titular							
Actualmente					Si en el pasado hizo uso de uno a varios de esos productos indique		
					Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo
	Sí	No	Cantidad	Frecuencia	ddmmaa	ddmmaa	
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	☐	☐					
¿Alguna vez ha fumado?	☐	☐					
¿Fuma? Cigarros ☐ Puro ☐ Pipa ☐	☐	☐					
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	☐	☐					
¿Tipo de droga o estimulante?							

Hábitos del solicitante Cónyuge (Sólo en caso de requerir la cobertura para el Cónyuge)							
Actualmente					Si en el pasado hizo uso de uno a varios de esos productos indique		
					Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo
	Sí	No	Cantidad	Frecuencia	ddmmaa	ddmmaa	
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	☐	☐					
¿Alguna vez ha fumado?	☐	☐					
¿Fuma? Cigarros ☐ Puro ☐ Pipa ☐	☐	☐					
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	☐	☐					
¿Tipo de droga o estimulante?							

Cuestionario médico (obligatorio)	Solicitantes			
	Titular		*Cónyuge	
	Sí	No	Sí	No
1¿Ha sido examinado o tratado durante los 2 últimos años por algún médico?	☐	☐	☐	☐
2¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?	☐	☐	☐	☐
3¿Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos 5 años?	☐	☐	☐	☐
4¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente? (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, etc.)	☐	☐	☐	☐
5¿Ha disminuido o aumentado su peso 10kg o más en el último año?	☐	☐	☐	☐
Kg aumentados	_____		_____	
Kg disminuidos	_____		_____	
6 Estatura	_____		_____	
Peso	_____		_____	
7¿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.?	☐	☐	☐	☐
Resultado				
8¿Toma algún medicamento?	☐	☐	☐	☐
¿Cuáles?				
¿Desde cuándo?				
9¿Tiene pendiente alguna operación quirúrgica?	☐	☐	☐	☐
10¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o síndrome?	☐	☐	☐	☐
11 ¿Padece o ha padecido?				
a. Enfermedad cardiaca	☐	☐	☐	☐
b. Soplo en el corazón	☐	☐	☐	☐
c. Infarto al miocardio	☐	☐	☐	☐
d. Presión arterial alta	☐	☐	☐	☐
e. Enfisema	☐	☐	☐	☐
f. Enfermedad pulmonar	☐	☐	☐	☐

* Responder sólo en caso de requerir la cobertura para el Cónyuge

g. Tos crónica	☐	☐	☐	☐
h. Asma	☐	☐	☐	☐
i. Tiroides	☐	☐	☐	☐
j. Gastritis	☐	☐	☐	☐
k. Ulcera gástrica	☐	☐	☐	☐
l. Diarrea crónica	☐	☐	☐	☐
m. Hepatitis	☐	☐	☐	☐
n. Páncreas	☐	☐	☐	☐
o. Cirrosis	☐	☐	☐	☐
p. Enfermedad de la sangre	☐	☐	☐	☐
q. Anemia	☐	☐	☐	☐
r. Embolia cerebral	☐	☐	☐	☐
s. Enfermedad cerebral	☐	☐	☐	☐
t. Enfermedad renal	☐	☐	☐	☐
u. Infección de la orina	☐	☐	☐	☐
v. Depresión	☐	☐	☐	☐
w. Epilepsia	☐	☐	☐	☐
x. Diabetes	☐	☐	☐	☐
y. Otra	☐	☐	☐	☐
10 ¿Cáncer o algún tipo de tumor?	☐	☐	☐	☐
11 ¿Ha estado total y/o temporalmente invalido?	☐	☐	☐	☐
Preguntas adicionales para mujeres:				
a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer?	☐	☐	☐	☐
b) ¿Está actualmente embarazada?	☐	☐	☐	☐
c) ¿Cuántos meses tiene?				

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por 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.

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, ampliar información					
Solicitante	Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o tratamiento
Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar					
Nombre del hospital					

De interés para los solicitantes (debe leerlo antes de firmar)		
De acuerdo a la Ley Sobre el Contratode Seguro, el Solicitantedebe declarar los hechos importantespara la apreciacióndel riesgo, que tengan referenciaa este cuestionariocomo los conozca o deba de conocer en el momentode firmar el mismo, en la inteligenciade que la declaracióninexactao 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 exámenesmédicos que MAPFRE estime convenientespor cuenta de éste. Autorizo a los médicos que me hayanasistido o examinado,a los hospitales, sanatorios,laboratoriosy clínicas a las que hayaacudido para diagnósitco o tratamientode cualquier accidente o enfermedad,así como a las compañías de seguros donde haya ingresadouna solicitud de seguros de vida, para que proporcione a MAPFRE los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedadesy hábitos anteriores: información que podrá ser requerida en cualquier momentoque MAPFRE lo considere oportuno inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.		
Lugar y fecha		
Firma del Contratante	Firma del solicitante Titular	Firma del solicitante Cónyuge
Nombre del Agente	Clave 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 12 de septiembre de 2008, con el número CNSF-S0041-0440-2008/CONDUSEF-002351-02”.

Aviso de privacidad simplificado

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 a 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)

Con domicilio ubicado en Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle México en la Ciudad de México, Código Postal 03100 con número de teléfono: (55) 5340-0999 y (01800) 999-8080, con correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y página web www.gob.mx/condusef.

GLOSARIO

CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CP: Código Postal
CURP: Clave Única de Registro de Población
No.: Número
RFC: Registro Federal de Contribuyentes