

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

 Fallecimiento  Invalidez  Enfermedad grave  Pérdidas orgánicas 

DATOS DE LA PÓLIZA				
Número de póliza (s): _____		Nombre del contratante: _____		Número de certificado: _____
Causa del fallecimiento: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Otras causas _____				
Fecha del siniestro: _____ / _____ / _____ <small>Día Mes Año</small>			Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	
DATOS GENERALES DEL ASEGURADO				
Apellido paterno: _____		Apellido materno: _____		Nombre (s): _____
		Estado civil: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Calle y número: _____		Colonia: _____		Delegación o Municipio: _____
Población o Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <small>Día Mes Año</small>				
Nombre de la empresa donde laboraba: _____		Antigüedad en la empresa: _____ <small>Mes / Año</small>		Antigüedad en el puesto: _____ <small>Mes / Año</small>
Calle y número: _____		Colonia: _____		Código postal: _____
Delegación y/o Municipio: _____		Población o Ciudad: _____		Estado: _____
¿Es afiliado algún servicio de salud? <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Otros _____			Número de afiliación: _____	
Ocupación a la fecha de contratación de la póliza: _____			Ocupación a la fecha del siniestro: _____	
DATOS DEL MÉDICO				
Apellido paterno: _____		Apellido materno: _____		Nombre(s): _____
Calle y número: _____		Colonia: _____		Código postal: _____
Delegación y /o Municipio: _____		Población o Ciudad: _____		Estado: _____
Número de cédula profesional: _____		Especialidad: _____		Número de cédula especialidad: _____
COBERTURA POR MUERTE (deberá ser contestado por el médico que atendió al asegurado o el que certificó la muerte).				
¿Causa directa del fallecimiento? _____				
¿Tiempo que atendió al asegurado? _____			Lugar en donde lo atendió: _____	
Tiempo que en su opinión estuvo sufriendo la afección que causó la muerte: _____				
Enfermedad y otra causa que dio origen a la que determinó la muerte: _____			Tiempo de evolución: _____ <small>(Día) (Mes) (Año)</small>	
Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte:				
1. _____		Tiempo de evolución: _____ <small>(Día) (Mes) (Año)</small>		
2. _____		Tiempo de evolución: _____ <small>(Día) (Mes) (Año)</small>		
3. _____		Tiempo de evolución: _____ <small>(Día) (Mes) (Año)</small>		
Lugar y fecha en que ocurrió el accidente: _____				
Breve descripción: _____				
En caso de fallecimiento por accidente, autoridad que tomó conocimiento: _____				
De una breve descripción: _____				
El incidente fue consecuencia de efectos directos o indirectos por: <input type="checkbox"/> Uso de bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Drogas o sustancias tóxicas <input type="checkbox"/> Por su ocupación <input type="checkbox"/> Otros: _____				

**FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DE INVALIDEZ, ENFERMEDAD GRAVE Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS**  
(Los datos deberán ser llenados por el médico tratante o certificante).

Mencione que enfermedades, afecciones, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, etc., le fueron diagnosticados o efectuados al asegurado, incluyendo los que no están relacionados con la invalidez, pérdida orgánica y/o enfermedad grave:

Causa que directamente produjo la enfermedad y/o pérdidas orgánicas del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de primera consulta: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de signos y síntomas: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico

**Nota:** Como médico tratante me comprometo a notificar a la Compañía **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de ser requeridos. Certifico que mis respuestas son correctas y verídicas según mi leal saber y entender.

**DATOS DEL BENEFICIARIO 1**

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre (s):		Parentesco con el asegurado:	
Calle y número:				Colonia:		Código postal:	
Delegación y/o Municipio:		Población o Ciudad:		Estado:		País:	
Fecha de nacimiento: _____ Día Mes Año		Número de teléfono(s):		Nacionalidad (En caso de ser extranjero llenar la sección B):			
País de nacimiento:				Número de serie de la firma electrónica avanzada:			
Ocupación o profesión:			Actividad o giro del negocio:				
R.F.C.:		C.U.R.P.:		Correo electrónico:			

¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública?  Sí  No

En caso de respuesta afirmativa, indique el cargo:

NOTA: Si el asegurado o beneficiario es o ha sido funcionario público destacado, deberá entregar el Formato correspondiente al Anexo A.

**Domicilio Fiscal**

Calle:		Colonia:		Delegación o Municipio:	
Código postal:		P.O. Box	Estado:	País:	Clave de país + Código de ciudad + Teléfono
Correo electrónico:					

**SECCIÓN B (Llenar los datos de su país de origen)**

Calle:		Colonia:		Delegación o Municipio:	
Código postal:		P.O. Box	Estado:	País:	Clave de país + Código de ciudad + Teléfono

Por favor indique si usted tiene nacionalidad distinta a la Mexicana en términos de la ley de Cumplimiento de Cuenta de impuestos Extranjeros (FATCA por sus siglas en inglés).  Sí  No Si su respuesta es afirmativa llene los campos de abajo y deberá llenar cuestionario FATCA:

\* Número de identificación Federal del Contribuyente (TIN) en E.U.A.: \_\_\_\_\_ \* Tipo, número y emisor de la identificación Oficial: \_\_\_\_\_

\* Vigencia de la identificación Oficial: \_\_\_\_\_ \* Si cuentan con más de una nacionalidad, indique el país: \_\_\_\_\_

\* País con obligaciones fiscales por motivo de residencia o ciudadanía diferente al país de contratación:  Sí  No Indique el País: \_\_\_\_\_

Ordenes de transferencia permanente para transferir fondos:

Declaro que los datos y documentación señalados en el presente documento son verídicos, otorgando copias fotostáticas para corroborar dicha información en caso de ser necesaria. Finalmente autorizo expresamente para utilizar la presente información con cualquiera de las entidades relacionadas a **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré destinadas actividades ilícitas.

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

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario

DATOS BENEFICIARIO 2				
Apellido paterno:		Apellido Materno:		Nombre (s):
Calle y número:			Colonia:	Código postal:
Delegación y/o Municipio:		Población o Ciudad:		Estado:
Fecha de nacimiento: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> <small>Día Mes Año</small>		Número de teléfono(s):		Nacionalidad (En caso de ser extranjero llenar la sección B):
País de nacimiento:			Número de serie de la firma electrónica avanzada:	
Ocupación o profesión:			Actividad o giro del negocio:	
R.F.C.:		C.U.R.P.:		Correo electrónico:
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
En caso de respuesta afirmativa, indique el cargo: NOTA: Si el asegurado o beneficiario es o ha sido funcionario público destacado, deberá entregar el Formato correspondiente al Anexo A.				
Domicilio Fiscal				
Calle:		Colonia:		Delegación o Municipio:
Código postal:	P.O. Box	Estado:	País:	Clave de país + Código de ciudad + Teléfono
Correo electrónico:				
SECCIÓN B (Llenar los datos de su país de origen)				
Calle:		Colonia:		Delegación o Municipio:
Código postal:	P.O. Box	Estado:	País:	Clave de país + Código de ciudad + Teléfono
Por favor indique si usted tiene nacionalidad distinta a la Mexicana en términos de la ley de Cumplimiento de Cuenta de impuestos Extranjeros (FATCA por sus siglas en inglés). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa llene los campos de abajo y deberá llenar cuestionario FATCA:				
* Número de identificación Federal del Contribuyente (TIN) en E.U.A.:			* Tipo, número y emisor de la identificación Oficial:	
* Vigencia de la identificación Oficial:			* Si cuentan con más de una nacionalidad, indique el país:	
* País con obligaciones fiscales por motivo de residencia o ciudadanía diferente al país de contratación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique el País:				
Ordenes de transferencia permanente para transferir fondos:				
Declaro que los datos y documentación señalados en el presente documento son verídicos, otorgando copias fotostáticas para corroborar dicha información en caso de ser necesaria. Finalmente autorizo expresamente para utilizar la presente información con cualquiera de las entidades relacionadas a <b>MAPFRE TEPEYAC, S.A.</b> con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré destinadas actividades ilícitas.				
Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de <b>MAPFRE TEPEYAC, S.A.</b>				
_____			_____	
Lugar y fecha			Firma del beneficiario	
<b>DENUNCIA ANÓNIMA:</b> Sí conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en <a href="http://www.mapfre.com.mx">www.mapfre.com.mx</a> (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico <a href="mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx">actuacionetica@mapfre.com.mx</a>				
En caso de ser más beneficiarios llenar el formato VI-759 Beneficiarios Adicionales para poder tramitar la reclamación.				

# AVISO DE PRIVACIDAD

## I. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE

MAPFRE TEPEYAC, S.A., con domicilio ubicado en el número 243 de Avenida Paseo de la Reforma, Colonia y Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en México, Distrito Federal, 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 verificará tratamiento sobre los mismos de acuerdo con las siguientes categorías:

## II. DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN

### CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES:

- Datos patrimoniales y financieros.
- Datos de identificación.
- Datos de imagen física, dactiloscópicos, caligráficos, oculares y biométricos.
- Datos laborales, ocupación y aficiones.
- Datos académicos.
- Datos de tránsito y migratorios.
- Datos sobre procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales.

### CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES SENSIBLES:

- Datos de salud
- Características físicas.
- Hábitos personales.

## III. MEDIOS DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los Datos señalados de acuerdo a las Categorías y sub categorías antes mencionadas, que se obtengan:

1) De manera directa, por medio de cualquiera de nuestras oficinas y sucursales a través de funcionarios y empleados autorizados para ello, mediante medios remotos ya sean electrónicos o físicos, a través de nuestro sitio web, dirección de correo electrónico o nuestro centro de contacto telefónico.

2) De manera indirecta, mediante transferencias que se realicen por conducto de personas físicas o morales autorizadas, a través de una fuente de acceso público, y en general, que se hayan obtenido en virtud de haber sido generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre.

## IV. FINALIDADES

Del mismo modo, los referidos Datos Personales se tratarán para todos los fines vinculados con la mencionada relación jurídica y las obligaciones derivadas de la misma. Adicionalmente y de manera específica, dependiendo del tipo de titular las finalidades también serán:

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 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.

## V. FINALIDADES SECUNDARIAS DEL TRATAMIENTO

Igualmente los datos recabados tendrán finalidades que no dan origen a la relación jurídica "Finalidades Secundarias", las cuales se componen por: 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,

Si usted no está de acuerdo con el tratamiento de sus datos para las finalidades secundarias, podrá manifestar su negativa siguiendo cualquiera de los siguientes mecanismos:

• Si proporciona sus datos en forma personal; de su puño y letra, indicando en el formato que se entregue en ese momento, que no está de acuerdo a dicho tratamiento.

• Si proporciona sus datos en forma directa, siguiendo los mecanismos que en los propios medios de contacto se le indiquen.

• Si proporciona sus datos en forma indirecta, a través del correo electrónico arco\_mapfre@mapfre.com.mx mediante la cual cuenta con cinco días a partir de la consulta del presente aviso, para que en su caso el titular manifieste su negativa para el tratamiento del o las mencionadas Finalidades Secundarias, quedando a salvo el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionando la información solicitada en el apartado VII de este aviso.

## VI. TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

Igualmente, usted reconoce la transferencia de sus datos que pudiera realizarse, en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Sistema MAPFRE, sus subsidiarias y afiliadas; así como a personas y entidades distintas a las anteriores, de aquellos datos que derivan de la relación jurídica y que son necesarios o dan origen a la misma, en específico que forman parte de los siguientes sectores:

### A) Entidades de Carácter Privado:

A.1 Financieras, Aseguradoras, Afianzadoras, profesionales médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, empresas de asistencia y asesoría jurídica; asociaciones gremiales y de fines estadísticos, cuya finalidad consiste en dar cabal cumplimiento a los servicios contratados por los clientes, así como seleccionar los riesgos o bien verificar la procedencia de una reclamación derivada de un siniestro.

### B) Entidades del Sector Público:

B.1 Autoridades financieras, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

B.2 Autoridades judiciales, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial; IMSS, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.

Del mismo modo usted reconoce que, bajo ningún supuesto o circunstancia son compartidos sus datos sensibles, patrimoniales o financieros, que no deriven de la relación jurídica o que no sean necesarios o no den origen a la misma. En adición a lo anterior, en caso de que se requieran tratar para una o varias Finalidades Secundarias no informadas en el presente Aviso, la o las mismas le serán comunicadas mediante la modificación al presente el aviso de privacidad, el cual le será puesto a su disposición nuevamente en el tiempo y forma que correspondan.

La información personal no pública entregada en nuestra calidad de Responsable es tratada con la debida confidencialidad y no será vendida o cedida a terceros.

En caso de hacerse alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso se recabará el mismo.

## VII. SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO) Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el apartado I de este aviso o, en su caso, a través de la dirección de correo electrónico arco\_mapfre@mapfre.com.mx, misma que es atendida y administrada por el área de Seguridad de la Información.

Usted podrá proceder conforme a lo señalado en el párrafo anterior, a través del siguiente procedimiento:

### 1) Requisitos:

- Nombre completo del Titular.
- Copia de documento que acredite su identidad (Credencial de elector vigente, Pasaporte, FM3), la cual deberá anexar al correo de la solicitud.
- Medio para proporcionarle la respuesta (domicilio u otro medio).
- Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que busca ejercer sus derechos ARCO.
- Derecho ARCO a ejercer y descripción detallada de la solicitud.
- Número de póliza y tipo de esta. (Si es que cuenta con el mismo)

### 2) Plazos:

- Se le informará en máximo 5 días después de recibida la aceptación o negativa de su solicitud.
- Se le proporcionará respuesta de su solicitud en máximo 20 días después de recibida.
- Usted tendrá 5 días máximo después de recibir respuesta a su solicitud para cancelar la misma.

### 3) Medios de Respuesta:

- Para derechos de Rectificación, Cancelación u Oposición
  - Por correo electrónico.
  - Por correo a una dirección que n o s proporcione.
- Para derechos de Acceso:
  - Entrega física en oficina comercial previa identificación del Titular.

Por su parte la revocación del consentimiento usted la puede ejercer de conformidad con lo siguiente:

### 1) Requisitos:

- Nombre completo del Titular.
- Copia de documento que acredite su identidad (Credencial de elector vigente, Pasaporte, FM3), la cual deberá anexar al correo de la solicitud.

- Medio para proporcionarle la respuesta (domicilio u otro medio).
- Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que busca ejercer su revocación.
- Número de póliza y tipo de esta. (En caso de que cuente con el mismo)

### 2) Plazos:

- Se le informará en máximo 5 días después de recibida la aceptación o negativa de su solicitud.
- Se le proporcionará respuesta de su solicitud en máximo 20 días después de recibida.
- Usted tendrá 5 días máximo después de recibir respuesta a su solicitud para cancelar la misma.

### 3) Medios de Respuesta:

- Por correo electrónico.
- Por correo a una dirección que nos proporcione.

## VIII. OPCIONES PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas, procedimientos y controles de seguridad y confidencialidad de la información, las cuales pueden ser consultadas en la página [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)

Asimismo, con independencia a los procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento, usted podrá limitar el uso y divulgación de sus datos personales, mediante la inscripción de sus datos en el Registro Público de Usuarios de Servicios Financieros a los que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuya liga de acceso la ponemos a su disposición [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

En cuanto al uso de las llamadas "cookies", "web beacons" u otras tecnologías similares, que a través de medios remotos o locales, de comunicación electrónica, óptica u otra tecnología, que permiten recabar sus datos personales de manera automática y simultánea al momento en que usted como titular hace contacto con los medios indicados, se le informa categóricamente que se encuentran totalmente deshabilitados en aquellos medios en los que MAPFRE haga contacto con usted.

Del mismo modo, en los contratos con nuestros proveedores de internet se establece prohibición al uso de dichas tecnología para recabar datos de manera automática, como se indica en el párrafo anterior.

## IX. MODIFICACIONES AL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente Aviso, 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.

Finalmente, para el caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares a través de su conducto, del mismo modo usted acepta y reconoce la obligación de hacerles de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad a dichos titulares o bien indicar los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido aviso, así como de informarles que ha proporcionado tales datos a MAPFRE TEPEYAC, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 1º AGOSTO/2013