



MAPFRE México, S.A.
 Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
 Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800 Ciudad de México.
 Teléfono: 6592 9000.

**ANEXO PARA SER LLENADO EN CASO DE SOLICITAR
 PLAN SUPERACIÓN PLUS**

Folio

Póliza

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

DATOS DE LOS SOLICITANTES MENORES

Menor 1 Nombre completo			Suma Asegurada será la misma para cada menor
Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	
Menor 2 Nombre completo			
Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	
Menor 3 Nombre completo			
Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	

Si desea amparar la cobertura temporal mancomunada, deberá llenarla siguiente información.
 La suma asegurada para el solicitante mancomunado será la misma del solicitante titular.

DATOS DEL MANCOMUNADO

Nombre(e), apellido paterno, apellido materno			
Nacionalidad(es)	Fecha de nacimiento	País y lugar de nacimiento:	
RFC, TIN, NIF o equivalente	CURP	Estado Civil	
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fuma Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cantidad	e-mail:
Tipo, número y emisor de la identificación oficial		Vigencia	Ingreso mensual
Número de serie de la firma Electrónica Avanzada		Teléfono	
Calle y Número		Colonia	
Municipio o Delegación		Estado o Provincia	Ciudad o Población
CP y/o POBOX	País de residencia fiscal	Órdenes de transferencia	
Ocupación o Profesión	Especifique en qué consiste		
Empresa donde se presta sus servicios	Giro de la empresa	Teléfono	
¿Qué tipo de máquinas, herramientas, sustancias o vehículos utiliza?			
¿Requiere licencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Requiere certificación médica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha de expiración dd/mm/aa		Tipo de transporte	
¿Requiere viajar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Viaja al extranjero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Trabaja en las alturas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indicar altura promedio (mts)	
Indique el lugar de trabajo Oficina <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/>			
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Especifique cargo			

HÁBITOS DEL MANCOMUNADO

ACTUALMENTE	Si en el pasado hizo uso de uno o varios de estos productos indique:		
	Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo de término
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cantidad	Frecuencia
	Copas		día mes año
En caso de Si Fumar indicar:			
Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>			
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	<input type="checkbox"/>		
¿Tipo de droga o estimulante? _____			

En caso de fallecimiento, los solicitantes mancomunado y/o menores designan como beneficiario preferente al contratante y/o al asegurado titular al 100%. En caso contrario, los solicitantes mancomunado y/o menores deberán designar a sus beneficiarios en los siguientes apartados:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR SOBREVIVENCIA DEL ASEGURADO MENOR

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Porcentaje

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO MENOR

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Porcentaje

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO MANCOMUNADO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Porcentaje

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.

AVIACIÓN Y DEPORTES DEL MANCOMUNADO

¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Si No

¿Cuáles?

¿En qué forma? Profesional Aficionado ¿Desea cubrir el riesgo? Si No

NOTA: Si usted desea cubrir alguno de los riesgos anteriormente descritos, por favor solicite y requisiere el cuestionario correspondiente.

CUESTIONARIO MÉDICO DEL MANCOMUNADO

1. Estatura mts. Peso kg.

2. ¿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 Causa _____

3. ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algún médico, toma algún medicamento? Si No Causa _____ ¿Desde cuándo? _____

4. ¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudéz, pérdida de miembros, etc.) ó tiene alguna incapacidad o invalidez temporal o permanente? Si No ¿Cuál? _____ ¿Desde cuándo? _____

5. ¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografía de algún órgano en concreto, curva de glucosa, pruebas de la función hepática o renal, examen de SIDA? Si No ¿Cuál? _____ ¿Cuándo? _____

6. ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10 kg. o más en el último año? kg. aumentados kg. disminuidos

7. Preguntas adicionales para mujeres:

a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer? ¿Cuál? _____

b) ¿Está actualmente embarazada? ¿Cuántos meses? _____

c) Fecha de realización del último

1 Papanicolau día mes año Resultado _____

2 Mamografía Resultado _____

8. ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades?

a) Enfermedades del Corazón (por ejemplo: Soplo, Infarto, etc.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cerebro Vasculares (por ejemplo: Embolia Cerebral, Infarto Cerebral, Hemorragia Cerebral, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Psiquiátricas o Nerviosas (por ejemplo: Depresión, Epilepsia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Enfermedades Endocrinas (por ejemplo: Diabetes, Tiroides, Páncreas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Insuficiencia Renal - Infecciones Urinarias (por ejemplo: Piedras en el Riñón, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Enfermedades de la Sangre (por ejemplo: Cáncer, Leucemia, Anemia, Tumores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cirrosis o Hepatitis B, C (por ejemplo: Alcoholismo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Enfermedades Pulmonares o Respiratorias (por ejemplo: Enfisema, Asma, Tos Crónica, Tuberculosis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Consumo de Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Sida o Complejo Relacionado con el Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Artritis Reumatoide, Lupus o Enfermedades del Tejido Conectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Enfermedades del Aparato Digestivo (por ejemplo: Esofagitis, Úlcera Gástrica, Sangrados Digestivos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Alguna otra enfermedad no mencionada? Si No ¿Cuál? _____ Tratamiento y Resultado _____

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

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

Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar:

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

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

Lugar y Fecha:

Firma del solicitante mancomunado*

Firma del solicitante menor 1**

Firma del solicitante menor 2**

Firma del solicitante menor 3**

En caso de solicitar la cobertura de temporal mancomunado***Deberán firmar los solicitantes menores sólo en caso de tener 12 años o más**

“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 20 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0041-0318-2020/CONDUSEF-004437-02”.

Informativo