

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

FECHA DE EFECTO SOLICITADA DEL MOVIMIENTO: _____

TIPO DE MOVIMIENTO SOLICITADO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Modificaciones a la póliza | <input type="checkbox"/> Cambio de agente |
| <input type="checkbox"/> Modificar datos del contratante | <input type="checkbox"/> Alta de asegurado(s) |
| <input type="checkbox"/> Modificar datos del (los) asegurado(s) o beneficiario(s) | <input type="checkbox"/> Baja de asegurado(s) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de forma de pago | <input type="checkbox"/> Modificación de deporte |
| <input type="checkbox"/> Cancelación de póliza. Motivo de la cancelación: _____ | |

MODIFICACIONES A LA PÓLIZAModificaciones a la Cobertura Elemental

Concepto	Actual:	A quedar:
Nivel hospitalario		
Plan		
Suma Asegurada		
Deducible		
Coaseguro		
Tope de coaseguro		
Tabulador		
Zona		

Modificaciones a Coberturas Adicionales**Agregar Coberturas Adicionales**

(Indicar suma asegurada u opción elegida):

- | |
|----|
| 1) |
| |
| 2) |
| |
| 3) |
| |
| 4) |
| |

Eliminar Coberturas Adicionales:

- | |
|----|
| 1) |
| |
| 2) |
| |
| 3) |
| |
| 4) |
| |

MODIFICACIONES AL CONTRATANTEIndicar el (los) cambio(s) solicitado(s) (nombre o razón social, RFC, CURP, domicilio, régimen fiscal), cómo está(n) el (los) dato(s) actualmente en la póliza y cómo se solicita que quede(n):

_____**MODIFICACIONES AL (LOS) ASEGURADO(S) O BENEFICIARIO(S)**

Nombre del asegurado o beneficiario	Detallar cambio solicitado
1)	
2)	

BAJA DE ASEGURADOS

Nombre del (los) asegurado(s)	Motivo de la baja

ALTA DE ASEGURADOS (LLENAR CUESTIONARIO MÉDICO)

Nombre	Fecha nacimiento	Sexo (M / F)	Peso (kgs)	Altura (mts)	Ocupación	RFC	Parentesco
1)							
2)							
3)							

CAMBIO DE FORMA DE PAGO

Forma de pago actual	Forma de pago requerida
1)	

En caso de quere realizar alguno de los siguientes cambios de forma de pago se deberá reexpedir la póliza:

Forma de pago actual	Forma de pago requerida
Mensual	Trimestral, Semestral, Contado
Trimestral	Semestral, Contado
Semestral	Contado

MODIFICACIÓN DE DEPORTE

Asegurado	Deporte actual	Deporte requerido
		() Nivel básico () Nivel intermedio () Nivel avanzado
		() Nivel básico () Nivel intermedio () Nivel avanzado
		() Nivel básico () Nivel intermedio () Nivel avanzado

En caso de eliminación del deporte actual, dentro del deporte requerido se deberá seleccionar la opción "Nivel Básico"

COMENTARIOS ADICIONALES:



MAPFRE México, S.A.
Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P 03800
Teléfono: (55) 52 30 7000

SOLICITUD DE MODIFICACIONES A PÓLIZA
PROTECCIÓN MÉDICA A TU MEDIDA INDIVIDUAL

Folio No

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento a decuado 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.

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

FIRMAS DE COFORMIDAD

Firma del asegurado titular

Firma del contratante

Firma del agente

Responder el cuestionario médico únicamente en caso de que el o los movimientos solicitados impliquen un mayor beneficio respecto a las coberturas y condiciones actuales de la póliza, o en caso de alta de asegurados. Si tienes alguna duda de los movimientos que implican selección médica, acércate con tu asesor comercial o consulta las políticas vigentes del ramo.



MAPFRE México, S.A.

Av. Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México.
Teléfono 55 5230 7000 R.F.C. MTE-440316-E54

AVISO DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

A través del presente documento, hago constar que MAPFRE México, S.A., ubicada en Av. Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, C.P 03800, Ciudad de México, me hizo entrega de la documentación contractual, incluidas las condiciones generales, correspondientes al producto contratado, a través de medio digital y/o impreso, con base en lo que indiqué en la solicitud de póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores.

Adicional a lo anterior, es de mi conocimiento que puedo descargar en el momento que lo desee o necesite, la documentación contractual, incluidas las condiciones generales del producto que contraté, a través del portal de internet www.mapfre.com.mx que la Compañía MAPFRE México, S.A. pone a mi disposición.

Dado lo anterior, manifiesto que conozco, he leído, y acepto los alcances, límites, exclusiones generales y particulares del producto que contraté.

Atentamente:

Nombre y Firma del Asegurado Titular*

*En caso de que el asegurado titular sea menor de edad, deberá de poner su nombre y firma el contratante de la póliza.

CUESTIONARIO MÉDICO

Marcar con una "X" (en caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar información anotando el número de identificación del asegurado en la sección "Ampliación de respuestas afirmativas".

TITULAR		DEPENDIENTES									
①		②		③		④		⑤		⑥	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

1 Indicar lo siguiente:

- | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. ¿Fuma actualmente? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| b. ¿Ha fumado en el pasado y actualmente lo ha dejado de forma permanente? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| c. ¿Nunca ha fumado? En caso de que nunca haya probado un cigarro, responder "Si", en caso de que alguna vez haya fumado en su vida, responder "No" | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| d. ¿Número de cigarros diarios que fuma o ha fumado? | _____ | | | | | | | | | | |
| e. ¿Años que tiene fumando o ha fumado? | _____ | | | | | | | | | | |

2 ¿Realiza actividad física o deportiva? ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

3 ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Infarto cerebral, hemorragia cerebral, infarto al miocardio, enfermedad isquémica del corazón, fibrosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva, insuficiencia hepática, cirrosis hepática, VIH, SIDA y/o lupus. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| b. Trastornos y/o anomalías genéticas, cromosómicas, neurológicas y/o de desarrollo como Síndrome de Down, distrofia muscular, síndrome de Asperger, trastorno de espectro autista. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| c. Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades de la columna vertebral, insuficiencia renal crónica, cualquier tipo de cáncer, tumor maligno y/o linfoma en cualquier etapa. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| d. Asma. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| e. Cualquier tipo de hernia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| f. Cualquier enfermedad del estómago y/o de los intestinos donde se haya tenido alguna intervención y/o algún procedimiento quirúrgico. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| g. Osteoporosis. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| h. Cualquier padecimiento de rodilla. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| i. Hipotiroidismo. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| j. Hipertiroidismo | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| k. Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| l. Artritis y/o Artrosis | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| m. Tumores, quistes y/o miomas mamarios | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| n. Tumores, quistes y/o miomas de útero y/o de ovario | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| o. Hepatitis B o Hepatitis C | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| p. Cualquier enfermedad del páncreas | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| q. Neumonía | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

4 ¿Cuándo fué su última revisión médica? _____

5 ¿Tiene o ha tenido algún problema al nacer que necesitará una intervención quirúrgica y/u hospitalización mayor a 3 días y/o se detectó algún problema al nacer mediante pruebas de laboratorio y/o gabinete? ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

6 ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual diferentes a las que se han preguntado previamente como Virus del Papiloma Humano, sífilis, gonorrea o herpes? ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

7 Responder sólo si es un hombre con más de 50 años de edad:

- | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a. ¿Cuándo fue su último examen de próstata? | _____ | | | | | | | | | | |
| b. Indica el resultado, ¿Anormal o Normal? | _____ | | | | | | | | | | |

8 Responder sólo si es mujer con más de 25 años de edad:

- | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a. ¿Cuándo fue su último papanicolau y/o colposcopia, mastografía y/o ultrasonido mamario? | _____ | | | | | | | | | | |
| b. Indica el resultado, ¿Anormal o Normal? | _____ | | | | | | | | | | |

CUESTIONARIO MÉDICO (Continuación)

Preguntas	TITULAR		DEPENDIENTES									
	①		②		③		④		⑤		⑥	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
9 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. Tos frecuente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Escurrimiento nasal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Flema matutina constante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Su boca, manos pies y/o uñas se ponen moradas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Dolor opresivo de pecho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Dificultad para respirar al hacer esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 ¿Presenta o ha presentado aumento de volumen por hernia en su abdomen, ingles o testículos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. Palpitaciones o sensación de que brinca su corazón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dolor opresivo en su tórax.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Le falta el aire al subir escaleras, al caminar un poco o en reposo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. Desmayos frecuentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Pierde usted el conocimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Se le paraliza el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Movimientos anormales del cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. Ardor al orinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Pérdida incontrolada de la orina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Color rojo o sangre cuando orina .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 ¿Tiene o ha tenido alguno de estos síntomas?												
a. Sensación de que los objetos se mueven o giran a su alrededor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tiene movimientos anormales de las manos o piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Arrastra la lengua para hablar o no puede pronunciar las cosas por su nombre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. Llanto fácil o llora más de tres veces por semana sin causa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Pierde usted el control de sus emociones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Taquicardia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Temblores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. Sangrado frecuente de nariz, encías, moretones, manchas rojizas en piel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Fiebre o sudoración nocturna que moje la ropa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Algún bulto o masa en el cuello, en axilas, en ingle u otras zonas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. Dolores musculares o articulares frecuentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Deformaciones en sus manos o piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a. En el último año ha variado su peso (subir o bajar más de 10 Kg), sin estar asociado a dieta o ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tiene usted mucha sed, come más de lo normal y orina mucho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tiene usted aumento de volumen en su cuello.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Favor de indicar si alguna vez has estado hospitalizado para recibir tratamiento por SARS-COV2 (COVID-19).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Favor de indicar si alguna vez has estado contagiado por SARS-COV2 COVID-19 sin requerir hospitalización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 ¿Ha requerido de alguna cirugía, tratamiento médico, hospitalización o ha tenido algún padecimiento distinto a los indicados anteriormente?.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Asegurado	Pregunta	Información: Indicar el nombre de la enfermedad o accidente, fecha en que ocurrió, secuelas, estado actual, si ameritó hospitalización y/o cirugía, medicamentos utilizados a que dosis y durante cuanto tiempo, estudios realizados con fecha y resultados además fecha de la última consulta.

Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8, 47 y 49 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia a esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar esta solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar exámenes médicos que MAPFRE México, S.A. estime convenientes por cuenta de éste.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, laboratorios y clínicas a las que haya acudido para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad, así como a la compañía de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguro, para que proporcionen a MAPFRE México, S.A. los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedades y hábitos anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE México, S.A. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto, relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

Le recordamos que debe consultar los alcances reales de las coberturas contratadas en la póliza, así como las exclusiones y restricciones que aplican en las condiciones generales y/o consultando a su agente de seguros o bien en nuestra página web www.mapfre.com.mx en la sección de gastos médicos.

MAPFRE México, S.A. 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, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, con correo electrónico une@mapfre.com.mx

Denuncia anónima: Si 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 www.mapfre.com.mx (sección actuación ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx

Declaración del agente: Manifiesto que he informado de forma amplia, clara y detallada sobre el alcance real de sus coberturas y forma de conservarlas o darlas por terminadas; asimismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos y los he corroborado.

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 24 de noviembre de 2023, con el número PPAQ-S0041-0088-2023/CONDUSEF-006219-01.

FIRMAS

Firma del asegurado titular

Firma del contratante

Firma del agente

Aviso de Privacidad

MAPFRE México, S.A., ubicada en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse, en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Sistema MAPFRE, sus subsidiarias, afiliadas. Asimismo usted acepta y autoriza dicha transferencia, para el caso en que se realice a Terceros, Nacionales o Extranjeros, (entidades o personas distintas del Sistema MAPFRE), reconociendo que, bajo ningún supuesto o circunstancia serán compartidos sus datos sensibles, patrimoniales o financieros. En adición a lo anterior, en caso de que se requieran tratar por una finalidad que no se encuentre vinculada con la relación jurídica antes a la señalada, la misma le será comunicada 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. Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas, procedimientos y controles de seguridad y confidencialidad de la información.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada 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.

El presente Aviso, 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.

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 del 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 México, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.