



**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

**SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO  
ACCIDENTES Y ENFERMEDADES  
PROTECCIÓN MÉDICA A TU MEDIDA PYME 2022**

Folio No.  
Póliza

Esta solicitud debe llenarla el solicitante y no se debe presentar con tachaduras, enmendaduras ni omitir algún dato de los solicitados.

**VIGENCIA**

Vigencia Desde: / / Hasta: / /

**MEDIO DE DISTRIBUCIÓN DE PÓLIZA Y ENDOSOS**

Correo:  URL Privada:  Impresa:   
E-Mail:  E-Mail:

**DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE**

Persona física ( ) Persona moral ( )		Razón social:
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Tipo de identificación:	Número:	Emisor:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	País de nacimiento:	Nacionalidad:
Fólio mercantil:	Fecha de constitución: dd / mm / aaaa	Nombre del apoderado legal:
RFC: <input type="text"/>	Ocupación, act. o giro:	CURP: Sólo personas físicas
País del domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número telefónico:	Correo electrónico:	
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:		

**DATOS COMERCIALES**

Forma de pago:	Anual ( )	Semestral ( )	Trimestral ( )	Mensual ( )
Agente:	Clave:	División:		
Gerente de desarrollo o promotor:				

Usted puede realizar el pago de su póliza por medio de cheque o en ventanillas bancarias a través de las referencias bancarias especificadas en la factura electrónica.

MAPFRE México, S.A no recibe pagos en efectivo a través de sus agentes.

### CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Número total de empleados del contratante:	Número total de personas que cumplen con la definición de colectividad:							
Relación con el contratante:								
Seguro de Prestación: Si ( ) No ( )			Tipo de Afiliación: Voluntaria ( ) Obligatoria ( )					
Contribución al pago de primas: Contributivo ( ) No contributivo ( )								
Definición colectividad asegurable: Empleados y dependientes economicos (se debe de especificar si se cuenta con dependientes economicos o solo empleados) al servicio activo del contratante								
Distribución de personas por edad:								
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino	Femenino
0-4 AÑOS			5-9 AÑOS			10-11 AÑOS		
12-14 AÑOS			15-19 AÑOS			20-24 AÑOS		
25-29 AÑOS			30-34 AÑOS			35-39 AÑOS		
40-44 AÑOS			45-49 AÑOS			50-54 AÑOS		
55-59 AÑOS			60-64 AÑOS			65-69 AÑOS		
70 AÑOS								

### CÚMULOS

Número personas que realizan actividades de alto riesgo:
Principales actividades desarrolladas:
Lugar donde se realizan:

### COBERTURA BÁSICA SOLICITADA

Suma asegurada: \$	Deducible: \$	Coaseguro: %
Tope de coaseguro:	Estado:	Red Hospitalaria:

### COBERTURAS ADICIONALES SOLICITADAS

Protección Total:	Si ( ) No ( )	
Protección Plus:	Si ( ) No ( )	
Ayuda de Medicamentos o Insumos Complementarios:	Si ( ) No ( )	Suma asegurada:
Protección Alternativa:	Si ( ) No ( )	
Accidentes en Medios de Transporte:	Si ( ) No ( )	
Eliminación de Deducible por Enfermedades Graves:	Si ( ) No ( )	
Reducción de Deducible por Accidente:	Si ( ) No ( )	Deducible: \$
Atención Nacional Total:	Si ( ) No ( )	
Pago de Complementos:	Si ( ) No ( )	Suma asegurada: \$
Tabulador Adicional:	Si ( ) No ( )	Incremento:
Maternidad:	Si ( ) No ( )	Suma asegurada: \$
Cobertura Internacional:	Si ( ) No ( )	Suma asegurada: Deducible: Coaseguro: Tope:
Emergencia en el Extranjero:	Si ( ) No ( )	Suma asegurada: Deducible:
Enfermedades Catastróficas en el Extranjero:	Si ( ) No ( )	



Lugar y Fecha:

**Este documento solo 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 en los términos de la solicitud.**

**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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de Octubre de 2022 con el número PPAQ-S0041-0060-2022/ CONDUSEF-005578-01.**

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

---

Firma del Contratante y/o Apoderado Legal  
(en caso de persona moral)

---

Firma del Agente

**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](http://www.mapfre.com.mx) (sección Actuación Ética) o en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)

**GLOSARIO:** No.: Número RFC: Registro Federal de Contribuyentes CP: Código Postal Act.:Actividad

## **Aviso de Privacidad**

MAPFRE México, S.A., ubicada en Av. 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](mailto: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](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 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.