



Anexo para solicitar monto de suma asegurada mayor a un millón quinientos mil pesos o su equivalente en dólares o udis.

MAPFRE México, S.A.
 Av. Revolución No. 507 Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México. Teléfono: 6592 9000
 RFC. MTE-440316 E54

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

INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE

Giro de la empresa:	Teléfono:	Clave de país:	Código de ciudad:
¿Qué tipo de máquinas, herramientas, sustancias o vehículos utiliza?			
¿Tiene alguna otra ocupación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique en qué consiste:			
¿Requiere viajar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique tipo de transporte:			
¿Viaja en aeronaves particulares? ¹ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique tipo de aeronave y horas de vuelo:			
¿Utiliza motocicleta? ¹ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique con qué frecuencia y para qué:			
¿Trabaja en las alturas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indicar altura promedio en metros:			
Indique el lugar de trabajo oficina <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro:			

¹ Llenar formato correspondiente

DEPORTES Y/O AFICIÓN

En caso de practicar algún deporte o afición. Indique ¿En qué forma practica el deporte y/o afición? Profesional Aficionado Amateur

¿Desea cubrir el riesgo? Si No Si usted desea cubrir el riesgo, por favor solicite y requisiere el cuestionario correspondiente.

HÁBITOS

Actualmente	Si en el pasado hizo uso de uno o varios de esos productos indique:		
Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo de término
	día mes año	día mes año	
En caso de ingerir bebidas alcohólicas: Indique cantidad en <input type="checkbox"/> copas <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
En caso de fumar indique: Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
En caso de hacer uso de drogas o estimulantes: Indique el tipo y frecuencia <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Edad	Estado de salud	Vive si / no	Edad a la muerte	Causas
Madre					
Padre					
Hermanos					
Hijos					

Sus padres tienen o han tenido alguna de las siguientes enfermedades

	¿Quién?	Evolución
Enfermedad cardiaca		
Cáncer		
Presión arterial alta		
Diabetes		

Lugar y Fecha:

Nombre y Firma del Contratante	Nombre y Firma del Solicitante
--------------------------------	--------------------------------

CUESTIONARIO ¿Padeció y/o padece alguna de las siguientes enfermedades?

- 1 ¿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 _____
- 2 ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algún médico, toma algún medicamento? Causa _____ ¿Desde cuándo? _____
- 3 ¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, etc.) ó tiene alguna incapacidad o invalidez temporal o permanente? ¿Cuál? _____ ¿Desde cuándo? _____
- 4 ¿Le ha sido practicado alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografía de algún órgano en concreto, curva de glucosa, prueba de la función hepática o renal, examen de SIDA? Causa _____ ¿Cuándo? _____
- 5 ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10 kg o más en el último año?
- kg aumentados kg disminuidos
- 6 Preguntas adicionales para mujeres
- a) ¿Ha tenido una enfermedad propia de la mujer? ¿Cuál? _____
- b) ¿Esta actualmente embarazada? ¿Cuántos meses? _____
- c) Fecha de realización del último día mes año
- 1 Papanicolau Resultado _____
- 2 Mamografía Resultado _____

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

Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o tratamiento y/o resultado

Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar:

Nombre del hospital:

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre completo	Domicilio	Teléfono

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.

Lugar y Fecha:

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA LLENADO DEL AGENTE

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al (los) solicitante (s)?	5. ¿En cuánto estima sus ingresos mensuales?		
2. Indique el capital estimado del contratante y prima equivalente	6. ¿Le consta que el cliente firmó esta solicitud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. ¿Existe algún riesgo peligroso dentro de su ocupación habitual?			
4. ¿Conoce usted algo de su salud, hábitos, pasatiempos, ambiente o modo de vida que pudiera afectar el riesgo?			
Nombre del (los) Agente(s)	Clave	Porcentaje	Firma

Teléfonos:

Correo electrónico

Certificación del agente: Manifiesto que he informado de forma amplia y detallada sobre los alcances de la cobertura a contratar; asimismo, asiento que los datos en esta solicitud son ciertos.

Para mayor información consulte la página www.mapfre.com.mx o acuda a su agente.

GLOSARIO: etc.: etcétera kg: Kilogramos No.: Número SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

"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 10 de enero de 2023, con el número CNSF-S0041-0378-2022/CONDUSEF-005526-02".