



**SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO
INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PROTÉGELO**

MAPFRE México, S.A.
Avenida Revolución #507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación
Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800 Tel. 5230 7000

Folio No.

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

VIGENCIA DE LA PÓLIZA							
Inicio de vigencia	Día	Mes	Año	Fin de vigencia	Día	Mes	Año

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:			
Folio mercantil:			Fecha de constitución: dd / mm / aaaa			Nombre del Apoderado:			
RFC:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Giro/Ocupación:		C.U.R.P.:	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 GENERALES DEL TITULAR (En caso de ser diferente el Contratante al Titular llenar este apartado)										
Nombre completo:										
Relación con el contratante:							Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	C.U.R.P.:	Sólo personas físicas	Estado civil:		
País de nacimiento:					Nacionalidad:					
Domicilio:										
Colonia:			Municipio o delegación:							
C.P.:	Estado:		Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada							
Teléfono:			E-mail:							

DATOS LABORALES DEL TITULAR									
Ocupación: EMPLEADO NO se toma como ocupación					Nombre de su puesto:				
Giro de la empresa:			¿Qué tipo de maquinaria, herramientas, sustancias o vehículo utiliza?:					¿Viaja? Si () No ()	

DATOS COMERCIALES									
Agente:					Clave:		División:		
Forma de pago:		Anual ()		Semestral ()		Trimestral ()		Mensual ()	
Cuenta de cheques: () / Cuenta de débito: () / Tarjeta de crédito: ()					Tipo de tarjeta (VISA, Mastercard, otra):				
No. de CLABE:					No. de cuenta de cheques o tarjeta de débito:				
No. de tarjeta de crédito:			Banco:		Código de seguridad de la tarjeta:				
Nombre:			1er. Apellido:			2do. Apellido:			
Fecha sugerida de pago (Especifique día de pago):					Vencimiento:				

Solicito y autorizo a la institución financiera que corresponda para que realice a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, o a mi cuenta bancaria identificada por la CLABE que se cita, a favor de Seguros Mapfre México, S. A., liberando al banco de cualquier responsabilidad.

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.

CUESTIONARIO DE SELECCIÓN		
Preguntas	SI	NO
1 ¿Padeció y/o padece de enfermedades del Pulmon, Hígado, Riñon, pancreas ó de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Padeció y/o padece de enfermedades del corazón, afección de las arterias coronarias, infarto al miocardio, colesterol-triglicéridos elevado y/o tiene presión arterial alta (Hipertensión Arterial) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Padeció y/o padece de cáncer o tumores de cualquier clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Padeció y/o padece alguna otra enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.