

Folio No.

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

**PLAN SOLICITADO**
**COBERTURA BÁSICA**

Muerte Accidental

Suma Asegurada:

Vigencia Desde: dd / mm / aaaa Hasta: dd / mm / aaaa Moneda:

Póliza: Nueva ( ) Renovación ( ) Número de póliza actual:

**MEDIO DE DISTRIBUCIÓN DE PÓLIZA Y ENDOSO**

 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:

Fólío mercantil: Fecha de constitución: dd / mm / aaaa Nombre del apoderado legal:

 RFC:  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 trabajadores o miembros del contratante: Número total de personas que cumplen con la definición de colectividad:

Relación con el contratante: Número total de personas del sector:

Seguro de Prestación: Si ( ) No ( ) Tipo de Afiliación: Voluntaria ( ) Obligatoria ( )

Contribución al pago de primas: Contributorio ( ) No contributorio ( ) % Contribución \_\_\_\_\_

Definición colectividad asegurable:

Distribución de personas por edad:	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 - 11 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 - 17 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61 - 64 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 - 75 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**CÚMULOS**

Número personas que realizan actividades de alto riesgo:

Principales actividades desarrolladas:

Lugar donde se realizan:

**COBERTURAS****COBERTURA BÁSICA**

Muerte Accidental

Suma Asegurada: \$200,000 / \$250,000

**Coberturas Adicionales**

Amparada

Suma Asegurada

Cáncer General

Si (  ) No (  )

\$150,000 con \$50,000 de ayuda de medicamentos / \$200,000 con \$50,000 de ayuda de medicamentos

Diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino

Si (  ) No (  )

Diagnóstico de Cáncer de Mama

Si (  ) No (  )

Infarto Agudo al Miocardio

Si (  ) No (  )

Enfermedad Vascular Cerebral

Si (  ) No (  )

Diagnóstico de Cáncer

Si (  ) No (  )

Tumores Benignos

Si (  ) No (  )

Neumonía

Si (  ) No (  )

Apendicitis

Si (  ) No (  )

Úlcera Gástrica y/o Duodenal

Si (  ) No (  )

Divertículos del Colón

Si (  ) No (  )

Hernia Inguinal y Umbilical

Si (  ) No (  )

Litiasis Renal

Si (  ) No (  )

**CAMBIO EN COBERTURAS ADICIONALES**

Litiasis Vesicular	Si (    )    No ( X )	
Pancreatitis Aguda	Si (    )    No ( X )	
Histerectomía	Si (    )    No ( X )	
Extirpación Quirúrgica de Ovarios	Si (    )    No ( X )	
Hiperplasia Prostática Benigna	Si (    )    No ( X )	
Adenoidectomía / Amigdalectomía	Si (    )    No ( X )	
Hemorroidectomía	Si (    )    No ( X )	
Cirugías Para Corregir Hernias de Disco	Si (    )    No ( X )	
Colecistectomía	Si (    )    No ( X )	
Prostatectomía	Si (    )    No ( X )	
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Si (    )    No ( X )	
Deducible Solicitado: \$ _____		
Quemaduras Graves	Si (    )    No ( X )	
Fractura de Hueso por Accidente	Si (    )    No ( X )	
Hospitalización Diaria por Accidente Días de Carencia: _____	Si (    )    No ( X )	
Indemnización Diaria por Incapacidad por Accidente Días de Carencia: _____	Si (    )    No ( X )	
Pérdidas Orgánicas Escala: _____	Si (    )    No ( X )	
Accidentes Infantiles	Si (    )    No ( X )	
Contact Center	Si (    )    No ( X )	
Asistencia en Viajes	Si (    )    No ( X )	

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA:**

Se realizó la cotización: Si ( ) No ( ) Costo ofrecido en la cotización: \$ Tarificación:

Autoriza:

Firma:

Observaciones:

Dictamen Médico/Técnico:

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenida en la presente, constituyen la base del contrato de seguro, en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

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](http://www.mapfre.com.mx) en la sección de gastos médicos.

En caso de no cubrir con la totalidad de la prima o la fracción pactada, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

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: 55 5230 7090 o 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](mailto:une@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.**

**MUY IMPORTANTE: DEBE LEERSE ANTES DE FIRMAR EN CASO DE APLICACIÓN DE SELECCIÓN MÉDICA**

Autorizo a los médicos que nos hayan asistido o examinado, o los hospitales, sanatorios o clínicas a las que hayamos ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a MAPFRE México, S.A., los informes que requieran referentes a nuestra salud y enfermedades anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la compañía lo considere oportuno, inclusive después del fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

El asegurado bajo protesta de decir verdad manifiesta que toda la información aquí contenida es verídica y completa, en virtud de que la ha proporcionado en forma personal. Para todos los efectos legales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en los artículos 8o. y 47o. de la ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe aclarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del asegurado; asimismo manifiesta que conoce las condiciones generales y especiales de la póliza solicitada, las cuales se anexan a esta solicitud.



Código del asegurado	Titular		Cónyuge		Hijo(a) 1		Hijo(a) 2		Hijo(a) 3		Hijo(a) 4		Hijo(a) 5	
13. Favor de indicar si padecen o han padecido alguna enfermedad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Favor de indicar si les han practicado o tiene pendiente algún tratamiento quirúrgico (incluyendo cesárea). Indicar de qué tipo y fecha de cada una	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Sección IV Ampliación de respuestas afirmativas. (Anotar código de asegurado, número de pregunta e información)**

Código de asegurado	Número de pregunta	Información
		Indicar nombre de la enfermedad o accidente, fecha en que ocurrió, secuelas y estado actual.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Médico que acostumbra visitar**

Código de asegurado	Nombre del médico	Teléfono	Domicilio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DESIGNACIÓN DE PERSONA A COBRAR SALDOS PENDIENTES**

En caso de que el beneficiario fallezca, con propósito de cobrar los saldos pendientes a su favor, se deberá designar a un tercero para desempeñar dicha función:

①

Nombre(s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa		Parentesco:		Participación:	
RFC: <input type="text"/>		Mismo domicilio que contratante:		Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:		Código Postal:		Estado:	
Ciudad/Población:		Alcaldía/Municipio:			
Colonia		Calle:			
No. Exterior:		No. Interior:		Correo electrónico:	

②

Nombre(s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa		Parentesco:		Participación:	
RFC: <input type="text"/>		Mismo domicilio que contratante:		Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:		Código Postal:		Estado:	
Ciudad/Población:		Alcaldía/Municipio:			
Colonia		Calle:			
No. Exterior:		No. Interior:		Correo electrónico:	

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de octubre de 2020, con el número PPAQ-S0041-0018-2020/ CONDUSEF-004396-02.**

**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.

Autorizo a MAPFRE México S.A. a entregarme la documentación contractual relativa a la contratación del presente seguro, al correo electrónico ya indicado.

En caso de no autorizar, indicar el medio entrega: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante y/o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
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.