

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

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

Vigencia del <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> hasta <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Días de vigencia: <input type="text"/>	No. Folio: <input type="text"/>
--	--	---------------------------------

PLAN SOLICITADO

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Individual | <input type="radio"/> Vacacional Deportes Extremos | <input type="radio"/> Universitario | <input type="radio"/> Deporte Profesional |
| <input type="radio"/> Corto Plazo | <input type="radio"/> Del Trabajo | <input type="radio"/> Del Estudiante | |
| <input type="radio"/> Vacacional Individual | <input type="radio"/> Trabajo Industrial | <input type="radio"/> Infantil | Paquete: [<input type="text"/>] |
| <input type="radio"/> Vacacional Familiar | <input type="radio"/> Viajes de Trabajo | <input type="radio"/> Deporte Amateur | |

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Persona Física (<input type="checkbox"/>)	Persona Moral (<input type="checkbox"/>)	Razón Social: <input type="text"/>
Nombre (s): <input type="text"/>	Apellido Paterno: <input type="text"/>	Apellido Materno: <input type="text"/>
Tipo de Identificación: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>	Emisor: <input type="text"/>
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	País de Nacimiento: <input type="text"/>	Nacionalidad: <input type="text"/>
Folio Mercantil: <input type="text"/>	Fecha de Constitución: dd / mm / aaaa	Nombre del Apoderado: <input type="text"/>
RFC: <input type="text"/>	Giro/Ocupación: <input type="text"/>	CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas
País de Domicilio: <input type="text"/>	Código Postal: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>
Alcaldía/Municipio: <input type="text"/>	Colonia: <input type="text"/>	Calle: <input type="text"/>
Número Telefonico: <input type="text"/>	Correo Electrónico: <input type="text"/>	No. de serie de Firma Electrónica: <input type="text"/>

DATOS GENERALES DEL TITULAR (Llenar este apartado en caso de ser diferente el contratante al titular)

Nombre: <input type="text"/>			
Fecha de nacimiento: dd / mm / aa	Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Estado civil: <input type="text"/>	
R.F.C.: <input type="text"/>	C.U.R.P.: <input type="text"/>		
Calle: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>	Colonia: <input type="text"/>	C.P.: <input type="text"/>
Municipio/Delegación: <input type="text"/>	Ciudad/Población: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>	
Ocupación: <input type="text"/>	Relación con el contratante: <input type="text"/>	Ingreso diario: <input type="text"/>	
Correo electrónico: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>		

DATOS COMERCIALES

Forma de pago: Contado <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/>		
Medio de pago: Cuenta de cheques <input type="radio"/> Cuenta de débito <input type="radio"/> Tarjeta de crédito <input type="radio"/> Tipo de tarjeta(VISA,etc.): <input type="text"/>		
No. de cuenta de cheques o débito: <input type="text"/>	Cuenta CLABE: <input type="text"/>	
No. de tarjeta de crédito: <input type="text"/>	Banco: <input type="text"/>	Código de seguridad: <input type="text"/>
Nombre(s): <input type="text"/>	1er. Apellido: <input type="text"/>	2do. Apellido: <input type="text"/>
Fecha de vencimiento: <input type="text"/>	Fecha sugerida de pago: <input type="text"/>	
Agente: <input type="text"/>	Clave: <input type="text"/>	División: <input type="text"/>

COBERTURAS

Cobertura	Suma Asegurada	Concepto	Beneficio adicional
1. Muerte Accidental	\$ <input type="text"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
2. Gastos de Sepelio	\$ <input type="text"/>		
3. Pérdidas Orgánicas	\$ <input type="text"/>	Escala (<input type="text"/>)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
4. Reembolso de Gastos Médicos	\$ <input type="text"/>	Deducible (\$ <input type="text"/>)	
5. Indemnización Diaria por Incapacidad	\$ <input type="text"/>	Carencia (<input type="text"/> días)	
6. Renta Diaria por Hospitalización	\$ <input type="text"/>	Carencia (<input type="text"/> días)	
7. Quemaduras Graves	\$ <input type="text"/>		
8. Fractura de Hueso	\$ <input type="text"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
9. Meditel	<input type="radio"/> Amparada		
10. Asistencia en Viaje	<input type="radio"/> Amparada		

OCUPACIÓN

1. Nombre del puesto: _____ Especifique en qué consiste: _____
2. Qué tipo de máquinas, herramientas, sustancias o vehículos utiliza: _____
3. Requiere licencia: Si No Fecha de expiración: _____ Requiere certificado médico: Si No
4. Requiere viajar: Si No Tipo de transporte: _____ Viaja al extranjero: Si No
5. No. de viajes que realiza al año: _____ Trabaja en la alturas: Si No Altura promedio: _____ mts.
6. En qué lugar desempeña su actividad: Oficina Fábrica Taller En la calle Otro: _____

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

7. Realiza actividades deportivas: Si No Con qué frecuencia: _____
8. Qué deportes practica: _____ Con qué frecuencia: _____
9. Maneja motocicleta o vehículos similares: Si No Con qué frecuencia: _____

HÁBITOS

10. Ingiere bebidas alcohólicas: Si No Cantidad: _____ copas Frecuencia: _____
11. Fuma o ha fumado: Si No Cantidad: _____ cigarros Frecuencia: _____
12. Usa o usó drogas o estimulantes: Si No Cuál: _____ Frecuencia: _____

CUESTIONARIO MÉDICO

13. Tiene alguna limitación física como consecuencia de un accidente Si No Especifique: _____
14. Padece o ha padecido:
- | | |
|---|---|
| a. Accidentes en los últimos 90 días: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | f. Enfermedad ósea o articular: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| b. Quemaduras: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | g. Epilepsia: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| c. Fracturas: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | h. Vértigo: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| d. Enfermedad cardíaca: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | i. Somnolencia: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| e. Embolia cerebral: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
15. Peso: _____ kgrs. 16. Estatura: _____ mts.

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS

#Pregunta	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual

MUY IMPORTANTE: DEBE LEERSE ANTES DE FIRMAR

Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8 y 47 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 revelo a estas personas del secreto profesional del caso.

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 01 de Febrero de 2013 con el número **CNSF-S0041-0049-2013/CONDUSEF-002027-02.**

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Beneficiario 1

Nombre (s):	Apellido Paterno <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Si () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:	Correo electrónico:	

Beneficiario 2

Nombre (s):	Apellido Paterno <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Si () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:	Correo electrónico:	

Beneficiario 3		
Nombre (s):	Apellido Paterno: ○ ○	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:		Correo electrónico:

Beneficiario 4		
Nombre (s):	Apellido Paterno: ○ ○	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:		Correo electrónico:

Beneficiario 5		
Nombre (s):	Apellido Paterno: ○ ○	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: letras año mes día homoclave	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad / Población:	Alcaldía/Municipio:	Colonia:
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Número Telefónico:		Correo electrónico:

El beneficiario designado en la presente solicitud como consecuencia del fallecimiento del asegurado, cobrará cualquier indemnización correspondiente a la cobertura de este seguro.

Advertencias:

En caso de que se desee nombrar 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 que se debe designar tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado 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.

Autorizo a MAPFRE México, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a la MAPFRE México, S.A., y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Lugar y fecha:

Firma del titular

Firma del agente