



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

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:									
Teléfono:			E-mail:				Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada			

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.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Beneficiario 1

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 2

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 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:		

Advertencias: En caso de que se desee nombrar como 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 designarse 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.

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 y/o colesterol-triglicéridos elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Padeció y/o padece de enfermedades de senos, útero y/u ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Padeció y/o padece de cáncer o tumores de cualquier clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Padeció y/o padece alguna otra enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para respuestas afirmativas, indicar nombre de la enfermedad, fecha en que ocurrió, tratamiento, secuelas, estado actual:

MÉDICO QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR

Clave Asegurado	Nombre	Teléfono	Domicilio

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, relevo 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 19 de enero del 2011 con número CNSF-S0041-1022-2010

Lugar y Fecha:

Declaración del Agente: Manifiesto que he informado de forma amplia y detallada sobre los alcances de la cobertura a contratar, asimismo asiento que los datos de esta solicitud son ciertos y los he corroborado.

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 Titular

Firma del Contratante

Firma del Agente

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.