

Las declaraciones de la presente solicitud (Datos del asegurado, ocupación, respuestas del cuestionario médico, etc.) deberán coincidir fielmente con las declaraciones realizadas al momento de emitir la póliza a través del portal de ZonAliados o cualquier mecanismo de emisión con que disponga la compañía. En caso de que se detecten inconsistencias entre ambas solicitudes, la compañía podrá suspender de manera temporal o definitiva la clave del agente por malas prácticas. Para efectos del contrato de seguro, prevalecerá la solicitud digital que se genera con base en lo declarado a través del portal.

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

PAQUETE SOLICITADO							
Empresarial	<input type="checkbox"/>	Esencial	<input type="checkbox"/>	Horizonte seguro	<input type="checkbox"/>		
Familiar	<input type="checkbox"/>	Alta protección	<input type="checkbox"/>	Uno más uno	<input type="checkbox"/>		
Vigencia de:	día	/ mes	/ año	al:	día / mes / año		
DATOS DEL CONTRATANTE							
Persona física <input type="checkbox"/>	Persona moral <input type="checkbox"/>	Razón social / Nombre completo:					
Tipo de identificación:		Número:	Emisor:				
Fecha de nacimiento: día mes año	País de nacimiento:		Nacionalidad:				
Folio mercantil:	Fecha de constitución: día mes año	Nombre del apoderado:					
RFC: letras / año / mes / día / homoclave	Giro / ocupación:	CURP:		Sólo personas físicas			
Domicilio:		<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">Número de serie de la firma electrónica</div>					
Colonia:	Municipio o Delegación:						
C.P.:	Estado:						
Teléfono:	Correo electrónico:						
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			
RFC: letras / año / mes / día / homoclave	CURP: Solo personas físicas	Estado civil :					
País de nacimiento:	Nacionalidad:						
Domicilio:							
Colonia:	Municipio o Delegación:						
C.P.:	Estado:						
Teléfono:	Correo electrónico:			Número de serie de la firma electrónica			
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?:						
DATOS COMERCIALES							
Nombre de agente:	Clave de agente:		División:				
Forma de pago: anual <input type="checkbox"/>	semestral <input type="checkbox"/>	trimestral <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>				
Cuenta de cheques	Tarjeta de débito	Tarjeta de crédito	Tipo de tarjeta:		Otra <input type="checkbox"/> Especificar:		
Núm. de CLABE:	Núm. de cuenta de cheques:						
Núm. de tarjeta de débito o crédito:	Banco:		Código de seguridad de la tarjeta:				
Nombre:	1er. apellido:		2o. 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 MAPFRE México, S.A., liberando al banco de cualquier responsabilidad.

CONDICIONES DE PÓLIZA SOLICITADA

Cobertura Elemental

Suma Asegurada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Coaseguro: _____ % Tope de coaseguro: _____ % de la Suma Asegurada
 Estado de tarificación: _____ Red hospitalaria: _____ Tabulador: _____ Tipo de deducible: _____
 ¿Requiere reconocimiento de antigüedad? No () Sí () día / mes / año

COBERTURAS ADICIONALES (Asistencia telefónica y asistencia en viaje se encuentran incluidas). Las siguientes coberturas aplican para todos los integrantes de la póliza que cumplan con los límites de edad de cada cobertura.

Coberturas	Amparada No Sí	Coberturas	Amparada No Sí	Opción
Combo: Tu recuperación Prótesis y aparatos ortopédicos Rehabilitaciones Tratamientos dentales Tratamientos reconstructivos y estéticos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Combo: Tu protección Dental Visión Enlace Maternidad ¹ Previsión ² Atención nacional total Reducción de deducible por accidente	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Combo: Tu recuperación plus Complicaciones de gastos no cubiertos Procedimientos de vanguardia Padecimientos preexistentes declarados Padecimientos preexistentes no declarados	<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"/> _____
Combo: Tu atención alternativa Homeopatía, quiropráctica y acupuntura Psiquiatra y psicólogo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Combo: Tu soporte asistencial Hogar Funeraria	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Combo: Donde tú vayas Enfermedades catastróficas en el extranjero Emergencia en el extranjero Suma Asegurada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Zona: _____ Internacional Suma Asegurada: \$ _____ USD Deducible: \$ _____ USD Coaseguro: _____ %. Zona: Tope de coaseguro: \$ 3,740 USD	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Combo: Tu escudo Enfermedades frecuentes Enfermedades catastróficas Mujer ³ Hombre ⁴ Infantil Cáncer Muerte accidental ⁵ Pérdidas orgánicas	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Suma Asegurada <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Otras (especificar):		Combo: Tu soporte asistencial Hospitalización ⁶ Incapacidad ⁷	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____

Notas:

- 1: La edad de contratación de la cobertura de Maternidad para mujeres entre 18 y 40 años.
- 2: La edad de contratación de la cobertura de Previsión es de entre 18 y 65 años.
- 3: La edad de contratación de la cobertura de Mujer para mujeres entre 18 y 65 años.
- 4: La edad de contratación de la cobertura de Hombre para hombres entre 18 y 65 años.
- 5: La edad de contratación de la cobertura de Muerte Accidental es de entre 12 y 65 años.
- 6: La edad de contratación de la cobertura de Hospitalización es de entre 18 y 65 años.
- 7: La edad de contratación de la cobertura de Incapacidad es de entre 18 y 65 años.

DATOS DEL TITULAR DEPENDIENTES ECONÓMICOS Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para efectos de identificación de Asegurados, la clave 1 será para el titular y del 2 al 6 para dependientes económicos, manteniendo siempre el orden inicial.

Nota: Si se tienen 3 o más beneficiarios, favor de anotarlo de forma separada. Los campos de los beneficiarios solo se llenarán cuando se contraten las coberturas de muerte accidental y/o gastos de sepelio y la participación deberá sumar el 100 %.

① Nombre completo:						Parentesco:		
Fecha de nacimiento:	día mes año	Sexo: F () M ()	Peso:	kg.:		Estatura:	mts.:	
Ocupación:	RFC: _____					CURP:	Solo personas físicas	
(empleado no se toma como ocupación)		letras/año / mes / día / homoclave						
Nombre del beneficiario 1:			Parentesco:			Participación:		
Nombre del beneficiario 2:			Parentesco:			Participación:		

(2) Nombre completo:						Parentesco:	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)		Peso: <input type="text"/>	kg.: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/> mts.	
Ocupación: <input type="text"/> (empleado no se toma como ocupación)		RFC: <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas			
Nombre del beneficiario 1: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			
Nombre del beneficiario 2: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			

(3) Nombre completo:						Parentesco:	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)		Peso: <input type="text"/>	kg.: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/> mts.	
Ocupación: <input type="text"/> (empleado no se toma como ocupación)		RFC: <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas			
Nombre del beneficiario 1: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			
Nombre del beneficiario 2: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			

(4) Nombre completo:						Parentesco:	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)		Peso: <input type="text"/>	kg.: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/> mts.	
Ocupación: <input type="text"/> (empleado no se toma como ocupación)		RFC: <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas			
Nombre del beneficiario 1: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			
Nombre del beneficiario 2: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			

(5) Nombre completo:						Parentesco:	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)		Peso: <input type="text"/>	kg.: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/> mts.	
Ocupación: <input type="text"/> (empleado no se toma como ocupación)		RFC: <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas			
Nombre del beneficiario 1: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			
Nombre del beneficiario 2: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			

(6) Nombre completo:						Parentesco:	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)		Peso: <input type="text"/>	kg.: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/> mts.	
Ocupación: <input type="text"/> (empleado no se toma como ocupación)		RFC: <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas			
Nombre del beneficiario 1: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			
Nombre del beneficiario 2: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			

(7) Nombre completo:						Parentesco:	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)		Peso: <input type="text"/>	kg.: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/> mts.	
Ocupación: <input type="text"/> (empleado no se toma como ocupación)		RFC: <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas			
Nombre del beneficiario 1: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			
Nombre del beneficiario 2: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			

(8) Nombre completo:						Parentesco:	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)		Peso: <input type="text"/>	kg.: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/> mts.	
Ocupación: <input type="text"/> (empleado no se toma como ocupación)		RFC: <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/> Solo personas físicas			
Nombre del beneficiario 1: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			
Nombre del beneficiario 2: <input type="text"/>		Parentesco: <input type="text"/>		Participación: <input type="text"/>			

Advertencia: En el 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 solo 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 MÉDICO

Marcar con una "X" (en caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar información anotando el número de identificación del Asegurado en la sección "Ampliación de respuestas afirmativas".

CUESTIONARIO MÉDICO (Continuación)

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 los exámenes médicos que MAPFRE México, S.A. estime convenientes por cuenta de este. 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.

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 en la sección de gastos médicos.

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

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 (sección actuación ética) o en la dirección de correo electrónico actuacionetica@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.

Lugar y fecha

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 de entrega:

Firma del asegurado titular

Firma del contratante

Firma del agente

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 30 de junio de 2017, con el número PPAQ-S0041-0048-2017/CONDUSEF-002265-03.

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 trasferencia, 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.