

**MAPFRE**

MAPFRE MÉXICO S.A.

Av. Revolución #507, Col. San Pedro de los Pinos
Del. Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800
México. Tel 55 5230 7000

SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO
Protección médica a tu medida

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	()	Esencial	()	Horizonte seguro	()		
Familiar	()	Alta protección	()	Uno más uno	()		
Vigencia de:		día / mes / año	al:		día / mes / año		
DATOS DEL CONTRATANTE							
Persona física ()		Persona moral ()		Razón social / Nombre completo:			
Tipo de identificación:		Número:		Emisor:			
Fecha de nacimiento:		día mes año	País de nacimiento:		Nacionalidad:		
Folio mercantil:		Fecha de constitución:		Nombre del apoderado:			
		día mes año					
RFC:		Giro / ocupación:		CURP:			
		letras / año / mes / día / homoclave	Sólo personas físicas				
Domicilio:		Número de serie de la firma electrónica					
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:		CURP:		Estado civil :			
		letras / año / mes / día / homoclave		Solo personas físicas			
País de nacimiento:		Nacionalidad:		Número de serie de la firma electrónica			
Domicilio:							
Colonia:		Municipio o Delegación:					
C.P.:		Estado:					
Teléfono:		Correo electrónico:					
DATOS LABORALES DEL TITULAR							
Ocupación:		Nombre de su puesto:					
		(empleado no se toma como ocupación)					
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 ()		semestral ()			
		trimestral ()		mensual ()			
Cuenta de cheques		Tarjeta de débito		Tarjeta de crédito			
		Tipo de tarjeta:		Otra () 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
Combo: Tu recuperación		Combo: Tu protección	Opción
Prótesis y aparatos ortopédicos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Dental	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Rehabilitaciones	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Visión	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Tratamientos dentales	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Enlace	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Tratamientos reconstructivos y estéticos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Maternidad ¹	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Combo: Tu recuperación plus		Previsión ²	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Complicaciones de gastos no cubiertos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Atención nacional total	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Procedimientos de vanguardia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Reducción de deducible	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Padecimientos preexistentes declarados	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	por accidente	
Padecimientos preexistentes no declarados	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Combo: Tu soporte asistencial	
Combo: Tu atención alternativa		Hogar	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Homeopatía, quiropráctica y acupuntura	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Funeraria	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Psiquiatra y psicólogo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Combo: Tu escudo	Suma Asegurada
Combo: Donde tú vayas		Enfermedades frecuentes	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Enfermedades catastróficas en el extranjero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Enfermedades catastróficas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Emergencia en el extranjero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mujer ³	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Suma Asegurada: \$ _____		Hombre ⁴	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Deducible: \$ _____		Infantil	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Zona: _____		Cáncer	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Internacional	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Muerte accidental ⁵	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Suma Asegurada: \$ _____ USD		Pérdidas orgánicas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
Deducible: \$ _____ USD			
Coaseguro: _____ %. Zona: _____		Combo: Tu soporte asistencial	
Tope de coaseguro: \$ 3,740 USD		Hospitalización ⁶	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Renta: \$ _____
Otras (especificar):		Incapacidad ⁷	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Días de Carencia _____
			<input type="radio"/> <input type="radio"/> Renta: \$ _____
			<input type="radio"/> <input type="radio"/> Días de Carencia _____

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 anotarlos 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: _____ (empleado no se toma como ocupación)		RFC: _____ letras/año / mes / día / homoclave		CURP: _____ <i>Solo personas físicas</i>	
Nombre del beneficiario 1: _____		Parentesco: _____		Participación: _____	
Nombre del beneficiario 2: _____		Parentesco: _____		Participación: _____	

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

③ Nombre completo:				Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día mes año		Sexo: F () M ()		Peso: kg.:	Estatura: mts.:
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)		RFC: letras / año / mes / día / homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:		Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:		Participación:	

④ Nombre completo:				Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día mes año		Sexo: F () M ()		Peso: kg.:	Estatura: mts.:
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)		RFC: letras / año / mes / día / homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:		Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:		Participación:	

⑤ Nombre completo:				Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día me año		Sexo: F () M ()		Peso: kg.:	Estatura: mts.:
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)		RFC: letras / año / mes / día / homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:		Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:		Participación:	

⑥ Nombre completo:				Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día mes año		Sexo: F () M ()		Peso: kg.:	Estatura: mts.:
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)		RFC: letras / año / mes / día / homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:		Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:		Participación:	

⑦ Nombre completo:				Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día mes año		Sexo: F () M ()		Peso: kg.:	Estatura: mts.:
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)		RFC: letras / año / mes / día / homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:		Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:		Participación:	

⑧ Nombre completo:				Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día mes año		Sexo: F () M ()		Peso: kg.:	Estatura: mts.:
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)		RFC: letras / año / mes / día / homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:		Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:		Participación:	

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").

		TITULAR		DEPENDIENTES									
		①		②		③		④		⑤		⑥	
		SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No
1	Indicar lo siguiente:												
a.	¿Fuma actualmente?	<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"/>
b.	¿Ha fumado en el pasado y actualmente lo ha dejado de forma permanente?	<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"/>
c.	¿Nunca ha fumado? En caso de que nunca haya probado un cigarro, responder "Sí", en caso de que alguna vez haya fumado en su vida, responder "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"/>
d.	¿Número de cigarros diarios que fuma o ha fumado?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
e.	¿Años que tiene fumando o ha fumado?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2	¿Realiza actividad física o deportiva?	<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"/>
3	¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?												
a.	Infarto cerebral o hemorragia cerebral	<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"/>
b.	De los ojos	<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"/>
c.	Del corazón	<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"/>
d.	De los pulmones	<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"/>
e.	De los riñones	<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"/>
f.	Del estómago e intestinos	<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"/>
g.	De los músculos y huesos	<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"/>
h.	Diabetes mellitus	<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"/>
i.	Hipotiroidismo o Hipertiroidismo	<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"/>
j.	Hipertensión arterial	<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"/>
k.	Cáncer, linfoma o leucemia	<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"/>
l.	De la columna vertebral	<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"/>
m.	De la vesícula biliar	<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"/>
n.	De hígado.	<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"/>
o.	Cirrosis hepática	<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"/>
p.	Artritis	<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"/>
q.	Lupus	<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"/>
r.	Ginecológicos	<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"/>
s.	Dermatológicos	<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"/>
4	¿Cuándo fue su última revisión médica?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5	¿Tiene o ha tenido algún problema al nacer que necesitara una intervención quirúrgica u hospitalización prolongada?	<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"/>
6	¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> </				

CUESTIONARIO MÉDICO (Continuación)

PREGUNTAS		TITULAR		DEPENDIENTES									
		①		②		③		④		⑤		⑥	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10	¿Presenta o ha presentado aumento de volumen por hernia en su abdomen, ingles o testículos?	<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"/>
11	¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a.	Palpitaciones o sensación de que brinca su corazón	<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"/>
b.	Dolor opresivo en su tórax	<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"/>
c.	Le falta el aire al subir escaleras, al caminar un poco o en reposo	<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"/>
12	¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a.	Desmayos frecuentes	<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"/>
b.	Pierde usted el conocimiento	<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"/>
c.	Se le paraliza el cuerpo	<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"/>
d.	Movimientos anormales del cuerpo	<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"/>
e.	Cambios en sus hábitos de sueño durmiendo de día y estando despierto de noche	<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"/>
13	¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a.	Ardor al orinar	<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"/>
b.	Pérdida incontrolada de la orina	<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"/>
c.	Color rojo o sangre cuando orina	<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	¿Tiene o ha tenido alguno de estos síntomas?												
a.	Sensación de que los objetos se mueven o giran a su alrededor	<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"/>
b.	Tiene movimientos anormales de las manos o piernas	<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"/>
c.	Arrastra la lengua para hablar o no puede pronunciar las cosas por su nombre	<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"/>
d.	Ha cambiado sus hábitos de sueño duerme de día y está despierto de noche	<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"/>
15	¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a.	Llanto fácil o llora más de tres veces por semana sin causa	<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"/>
b.	Pierde usted el control de sus emociones	<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"/>
c.	Taquicardia	<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"/>
d.	Temblores	<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"/>
16	¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?												
a.	Sangrado frecuente de nariz, encías, moretones, manchas rojizas en piel	<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"/>
b.	Fiebre o sudoración nocturna que moje la ropa	<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"/>
c.	Algún bulto o masa en el cuello, en axilas,												

AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

[illegible]

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.

Glosario : **RFC:** Registro Federal de Contribuyentes **C.P.:** Código Postal

CURP: Clave Única de Registro de Población

kg.: Kilogramos **mts.:** Metros **F:** Femenino **M:** Masculino **Núm.:** Número

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.