

MAPFRE México, S.A.
 Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800
 Teléfono: 6592 9000

--

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

PLAN SOLICITADO											
HF Diamante Internacional ()			HF Oro ()			GMH Plus ()			Alianza:		
HF Diamante Nacional ()			HF ()			GMH ()					
Vigencia de:		día	mes	año	al:		día	mes	año		
Número de póliza actual:						Compañía:					

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE														
Persona física ()			Persona moral ()			Razón Social:								
Nombre (s):				Apellido Paterno:				Apellido Materno:						
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	
País de Domicilio:				Código Postal:				Estado:						
Ciudad/Población:				Alcaldía/Municipio:				Colonia:						
Calle:				No. Exterior:				No. Interior:						
Teléfono:			Correo electrónico:						Número de serie de la Firma Electrónica					

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:				Sólo personas físicas		Estado civil:	
País de nacimiento:				Nacionalidad:				Número de serie de la firma electrónica						
Domicilio:				Colonia:										
Municipio o delegación:			CP:	Estado:										
Correo electrónico:				Teléfono:										

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:() / cuenta de débito:() / tarjeta de crédito:() / Otra ()						Tipo de tarjeta:		Especificar otra:			
Número de CLABE:				Número de cuenta de cheques o tarjeta de débito:							
Número de tarjeta de 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 sedetallan, 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 básica:

Suma asegurada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Coaseguro: _____ Tope de coaseguro: \$ _____

¿Requiere reconocimiento de antigüedad? Si () No ()

Cobertura Internacional (sólo opera para el plan HF Oro y HF Diamante Internacional)

Suma asegurada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Coaseguro: _____

Total de asegurados (titular y dependientes económicos):

Antigüedad en cobertura Internacional: Si () No () Desde: día mes año Estado de tarificación:

Antigüedad en enfermedades catastróficas en el extranjero Si () No () Desde: día mes año

COBERTURAS ADICIONALES

(meditel, asistencia en viaje, ayuda de maternidad, dental básico y visión acceso fácil se encuentran incluidas.)

Cobertura	Amparada Si No	Cobertura	Amparada Si No	Suma asegurada
Deducible anual	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Incremento de honorarios quirúrgicos:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Eliminación de deducible por accidente	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Emergencia en el extranjero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Enfermedades catastróficas en el extranjero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Muerte accidental	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Previsión MAPFRE	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pérdidas orgánicas	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Maternidad Suma asegurada: _____		Gastos de sepelio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Titular	Indemnización por hospitalización:			
Dependientes económicos		Salario diario:	Días de carencia:	
①	②	③	④	⑤
Si No	Si No	Si No	Si No	Si 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"/>
		\$ _____	_____	

Dental básico Dental estándar Dental plus Visión acceso fácil Visión standard Visión plus

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 2 ó más beneficiarios, favor de anotarlos de forma separada. Los campos de los beneficiarios sólo se llenarán cuando se contraten las coberturas de muerte accidental y/o gastos de sepelio.

① Nombre completo				Parentesco:			
Sexo: F () M ()		Peso	kg.	Estatura	m.	Nombre del beneficiario:	
Fecha de nacimiento:		año	mes	día	Domicilio:		
RFC del beneficiario:		letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:
CURP:		Sólo personas físicas				Participación	%
							Firma del titular

② Nombre completo				Parentesco:			
RFC:		letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:
		año	mes	día	Sexo: F () M ()		
		Peso:	kg.	Estatura	m.		
Ocupación:				(empleado no se toma como ocupación)			
CURP:				Sólo personas físicas			
Descripción de actividades:							Fecha de nacimiento:
		año	mes	día			
Nombre del beneficiario:							Fecha de nacimiento:
		año	mes	día			
Domicilio:							
RFC del beneficiario:		letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:
CURP:		Sólo personas físicas				Participación	%
							Firma del dependiente económico

③ Nombre completo												Parentesco:				
RFC:	letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:	día	mes	año	Sexo: F () M ()	Peso: kg.	Estatura	m.			
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)										CURP: Sólo personas físicas						
Descripción de actividades:																
Nombre del beneficiario:												Fecha de nacimiento:	año	mes	día	
Domicilio:																
RFC del beneficiario:					letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:						
CURP:					Sólo personas físicas					Participación %			Firma del dependiente económico			

④ Nombre completo												Parentesco:				
RFC:	letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:	día	mes	año	Sexo: F () M ()	Peso: kg.	Estatura	m.			
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)										CURP: Sólo personas físicas						
Descripción de actividades:																
Nombre del beneficiario:												Fecha de nacimiento:	año	mes	día	
Domicilio:																
RFC del beneficiario:					letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:						
CURP:					Sólo personas físicas					Participación %			Firma del dependiente económico			

⑤ Nombre completo												Parentesco:				
RFC:	letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:	día	mes	año	Sexo: F () M ()	Peso: kg.	Estatura	m.			
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)										CURP: Sólo personas físicas						
Descripción de actividades:																
Nombre del beneficiario:												Fecha de nacimiento:	año	mes	día	
Domicilio:																
RFC del beneficiario:					letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:						
CURP:					Sólo personas físicas					Participación %			Firma del dependiente económico			

⑥ Nombre completo												Parentesco:				
RFC:	letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:	día	mes	año	Sexo: F () M ()	Peso: kg.	Estatura	m.			
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)										CURP: Sólo personas físicas						
Descripción de actividades:																
Nombre del beneficiario:												Fecha de nacimiento:	año	mes	día	
Domicilio:																
RFC del beneficiario:					letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:						
CURP:					Sólo personas físicas					Participación %			Firma del dependiente económico			

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 a decuado 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 debeneficiarios 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.

10 ¿Presenta o ha presentado aumento de volumen por hernia en su abdomen, ingles o testículos?

11 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. Palpitaciones o sensación de que brinca su corazón.
b. Dolor opresivo en su tórax.
c. Le falta el aire al subir escaleras, al caminar un poco o en reposo

12 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. Desmayos frecuentes.
b. Pierde usted el conocimiento.
c. Se le paraliza el cuerpo.
d. Movimientos anormales del cuerpo.
e. Cambios en sus hábitos de sueño durmiendo de día y estando despierto de noche.

13 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. Ardor al orinar.
b. Perdida incontrolada de la orina.
c. Color rojo o sangre cuando orina.

14 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. Sensación de que los objetos se mueven o giran a su alrededor.
b. Tiene movimientos anormales de las manos o piernas.
c. Arrastra la lengua para hablar o no puede pronunciar las cosas por su nombre.
d. Ha cambiado sus hábitos de sueño duerme de día y está despierto de noche.

Preguntas	TITULAR		DEPENDIENTES							
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧		
	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Sí No	

15 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. Llanto fácil o llora más de tres veces por semana sin causa.
b. Pierde usted el control de sus emociones.
c. Taquicardia.
d. Temblores.

16 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. Sangrado frecuente de nariz, encías, moretones, manchas rojizas en piel.
b. Fiebre o sudoración nocturna que moje la ropa.
c. Algún bulto o masa en el cuello, en axilas, en ingle u otras zonas.

17 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. Dolores musculares o articulares frecuentes
b. Deformaciones en sus manos o piernas

18 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
a. En el último año ha variado su peso (subir o bajar más de 10 kg), sin estar asociado a dieta o ejercicio.
b. Tiene usted mucha sed, come más de lo normal y orina mucho.
c. Tiene usted aumento de volumen en su cuello.

19 ¿Tiene o ha tenido alguna cirugía?

En caso afirmativo especificar en la sección AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS.

2 Beneficiario 1

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

2 Beneficiario 2

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

3 Beneficiario 1

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

3 Beneficiario 2

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

4 Beneficiario 1

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

4 Beneficiario 2

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

5 Beneficiario 1

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

5 Beneficiario 2

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

6 Beneficiario 1

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

6 Beneficiario 2

Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <small>letras año mes día homoclave</small>	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:	

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.

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: 5230 7090 o 01 800 717 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) ó 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. Si ()

En caso de no autorizar, indicar el medio de entrega: _____

Firma del asegurado titular

Firma del contratante

Firma del agente

Glosario: HF: Hospitalización Familiar HF Oro: Hospitalización Familiar Oro GMH: Gastos Médicos Hospitalarios

RFC: Registro Federal de Contribuyentes CP: Código Postal CURP: Clave Única de Registro de Población

Kg.: Kilogramos m.: Metros F: Femenino M: Masculino

El contratante gozará de un Periodo de Gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones correspondientes.

A las doce horas del último día del período a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción correspondiente.

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 25 de mayo de 2018, con números PPAQ-S0041-0042-2018 / CONDUSEF-003240-01 y a partir del día 21 de agosto de 2019 con el número PPAQ-S0041-0050-2019 / CONDUSEF-001459-06 y a partir del día 01 de diciembre de 2017 con número BADI-S0041-0071-2017.



MAPFRE México, S.A.

Av. Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México.
Teléfono 55 5230 7000 R.F.C. MTE-440316-E54

AVISO DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

A través del presente documento, hago constar que MAPFRE México, S.A., ubicada en Av. Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, C.P 03800, Ciudad de México, me hizo entrega de la documentación contractual, incluidas las condiciones generales, correspondientes al producto contratado, a través de medio digital y/o impreso, con base en lo que indiqué en la solicitud de póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores.

Adicional a lo anterior, es de mi conocimiento que puedo descargar en el momento que lo desee o necesite, la documentación contractual, incluidas las condiciones generales del producto que contraté, a través del portal de internet www.mapfre.com.mx que la Compañía MAPFRE México, S.A. pone a mi disposición.

Dado lo anterior, manifiesto que conozco, he leído, y acepto los alcances, límites, exclusiones generales y particulares del producto que contraté.

Atentamente:

Nombre y Firma del Asegurado Titular*

*En caso de que el asegurado titular sea menor de edad, deberá de poner su nombre y firma el contratante de la póliza.

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.