

MAPFRE México, S.A.
Avenida Revolución #507, Colonia San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800
Tel 52307000

SOLICITUD GENERAL PARA PÓLIZA HOSPITALIZACION DIARIA

Folio No.					
Trámite Vía:	Ventanilla	()	SI24 ()

Esta solicitud debe llenarla el solicitante de su puño y letra y no será valida si se presenta con tachaduras o se ha omitido algún dato de los solicitados									
CONDICIONES DE POLIZA SOLICITADA									
Indemnización Diaria: \$ Días de Carer	zación Diaria: \$ Días de Carencia (Período de Carencia):				Póliza: Nueva () Renovación ()				
VIGENCIA De: / / dd mm aaaa					uiere Reconocimiento SI () NO ()				
Número de Póliza Actual:			Compañía:						
DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE (Cuando sea diferente al titular)									
Razón Social / Nombre:									
R.F.C.: CURP:	RP: E-mail:								
Ingresos Anuales:	Otros Ingresos:			Te	Teléfono Casa:				
Giro y/o Profesión o Actividad:				Te	léfono Oficina:				
Domicilio: (Calle y Número)					olonia:				
C.P.: Municipio o Delegación:									
Ciudad o Población: Esta	udad o Población: Estado:				Firma				
DATOS GENERALES DEL TITULAR (En caso de ser diferente al contratante anotar nexo)									
Nombre:						Sexo: M () F ()			
Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa I	Estatura: r	mts. Peso: kgs.			s. R.F.C.:				
CURP: T	Teléfono:	E-mail:							
Domicilio: (Calle y Número)					Colonia:				
C.P.: Municipio o Delegación:				Cit	Ciudad o Población:				
Estado: Relación con el Contratante:									
Ocupación: Especifique (Ocupación):									
ngresos Anuales: Otros Ingresos:				Estado Civil:					
DATOS COMERCIALES									
Forma de Pago: Anual () Semestral () Trimestra			stral ()	Mensual ()				
Cta. de Nombre: Cheques:	de Nombre: Bance			nco: Nº CLABE o Tarj. de Débi					
	° de Tarjeta:	a:			ncimiento TDC:	DC: CVV Tarjeta Crédito:			
Agente:	Clave:				División:				
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS									
Nombre:		Porcenta	ie:	Parentesco (para efectos de identificación)					

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 debe 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 solo constituye una solicitud de seguro y por lo 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.

	CUES	TIONARIO MEDICO Ma	rcar con una "X"				
1 ¿Padece o ha padecido:?							
Cáncer	Tumor	es (de cualquier clase)		Gastritis			
Úlceras	Piedra	s en la Vesícula / Riñói	n (Pancreatit	S		
Divertículos	Sinusit	is		Asma			
Infartos	Bronqu	uitis		Hernias (de	cualquier tipo)		
Insuficiencia Cardiaca	Presió	n Arterial Alta		Hemorragi	a Cerebral		
Varices	Convu	Isiones		Enfermeda	ades Ginecológ	gicas	
Diabetes	Artritis			Enfermeda	ades de la Tiro	ides	
Enfermedades de la mama	Enfern	nedades de la Próstata	1	Enfermeda	ades de la Colu	umna Verteb	ral
2 ¿Le han practicado o tiene pendien	te alguna interv	ención guirúrgica	?	S	si O	No	\bigcirc
3 ¿Padece alguna enfermedad heredi			<u> </u>	S	si O	No	$\overline{\bigcirc}$
4 ¿Padece alguna enfermedad crónic				9		No	
5 ¿Tiene prescrito actualmente algún		edico (tomado, inye	ectado, etc.)	S		No	\bigcirc
AMPLIAR LAS RESI	PUESTAS AFIRMAT	IVAS (Indicar enfermed	ad, fecha de ocui	rrencia, secuelas y estad	actual)		
	MEDICO	QUE ACOSTUMBRA	CONSULTAR				
Nombre	WILDIOO	Teléfono	CONSOLIAN	Do	micilio		
		10.0.0.0					
	MUY IMPORT	ANTE: DEBE LEERSE	ANTES DE FIR	RMAR			
Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8					ra la apreciación	del riesgo, gu	ue tengan
referencia a esta solicitud, tal y como los conozca o deba co	onocer en el momento	de firmar esta solicitud, er					
los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del a	-		ar aukmanaa mkdiaa	as aus MADEDE Mávias C.A	actima convenioni	ntoo nov ouentu	a da Kata
Enterado de lo anaterior y para efecto de esta solicitud decla Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a							
así como a la compañía de seguros donde haya ingresado u	una solicitud de seguro	o, para que proporcionen a	MAPFRE México, S	S.A. los informes que requier	an referentes a m	ni salud, enferm	nedades y
hábitos anteriores información que podrá ser requerida en o personas del secreto profesional del caso.	ualquier momento qui	WIAPFRE MEXICO, S.A. IO	considere oportuno	inclusive despues de mi fa	lecimiento. Para	ıaı erecto relev	o a estas
Lugar y Fecha:							
Firma del Titular				Fii	ma del Agente)	
En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2	202 de la Ley de l	nstituciones de Segu	ıros y de Fianza	as, la documentación d	contractual y l	a nota técni	ica que
integran este producto de seguro, quedaron re	egistradas ante la	Comisión Nacional d	de Seguros v Fi	anzas, a partir del día	14 de Junio d	de 2007 con	ı el

número CNSF-S0041-0422-2006/CONDUSEF-002249-02.

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: