

Fecha: DD / MM / AA

Instrucciones:

1. Por favor, llene este formato si Usted es el asegurado o titular de la póliza. Avise a Central Médica al 5246 7502 en el DF o al 800 365 0024 del Interior.
2. Consulte la tabla de requisitos que se encuentra al reverso de este formato.
3. Para programar un servicio, podrá apoyarse en su Agente Profesional de Seguros, presentarse a una de nuestras Oficinas Comerciales o en nuestros Módulos Hospitalarios. Para consultar nuestros directorios de Oficinas o Módulos Hospitalarios, consulte www.mapfre.com.mx sección Servicio al Cliente. Además, ahí podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad.
4. Si ingresó por el área de urgencias del hospital, llene este formato al momento de recibirlo, ya que le será solicitado por personal de MAPFRE o por personal del mismo hospital. No olvide pedir al médico que lo atiende llenar el formato Informe Médico.
5. Para el pago de honorarios del médico que lo atiende, deberá pertenecer a la red de MAPFRE y debe ajustarse a nuestro tabulador, lo que deberá quedar por escrito en el Informe Médico que acompañará esta solicitud.
6. Con llenar y entregar este formato a MAPFRE por medio electrónico o físico, notifica de la ocurrencia del siniestro.
7. Se da por notificado que ha revisado sus Condiciones Generales de Póliza para conocer el alcance del plan que adquirió en esta atención médica.

Servicio requerido (*) Indispensable número de siniestro

- Pago directo hospitalario Programación de cirugía Tratamiento médico* Medicamentos y/o estudios de alta especialidad* Check up
 Segunda Valoración Médica Otro _____ Número de siniestro:

Datos del paciente

Nombre:	R.F.C.	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fecha de nacimiento: DD / MM / AA	Edad:	Correo electrónico:	
Domicilio: Calle:	Colonia:	Delegación:	
Ciudad:	Estado:	c.p.	Teléfono (s):

Datos de póliza

Número de póliza: Número de riesgo:
Nombre del titular / contratante:

Aviso de enfermedad o accidente (llenar solo si su reclamación es inicial)

Causa de la reclamación: Accidente Enfermedad Embarazo
Fecha de accidente o inicio de síntomas: DD / MM / AA Fecha en que visitó al médico por primera vez: DD / MM / AA
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía? Sí No Indique cuál:
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:
Si es accidente, detalle cómo y dónde ocurrió:
¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)
¿Ha estado antes enfermo de un padecimiento igual o similar? Sí No Indique el tratamiento: Médico Quirúrgico
En caso afirmativo, indique el nombre del hospital donde se atendió:
Domicilio del hospital:
Fecha de ingreso: DD / MM / AA Fecha de egreso: DD / MM / AA Días de hospitalización:

Por este medio autorizo a los médicos que me atienden o me hayan atendido y en general a las instituciones médicas a las que he recurrido para atenderme, diagnosticarme o tratarme del padecimiento o accidente sufrido, para que proporcionen la información médica que sea solicitada por MAPFRE México, S.A., para su análisis y dictamen de mi reclamación. Por lo que relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento. Quedo advertido (a) de que la obligación de MAPFRE México, S.A. se extinguirá si se demuestra que existieron omisiones o inexactas declaraciones de los hechos, por parte del asegurado, contratante y su representante, con la finalidad de hacerla incurrir en error u obtener un beneficio. Asimismo, entiendo que llenar el presente formato, no obligará a MAPFRE México, S.A. en dictaminar esta reclamación como procedente. Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE México, S.A.

Lugar donde se presenta la reclamación

Nombre y firma del asegurado o titular

Programación de servicios

Programación de cirugía, segunda valoración médica o tratamiento médico	
Nombre del médico:	Cédula Profesional:
Especialidad:	Subespecialidad:
Hospital en que se llevará a cabo el servicio:	Fecha programada: DD / MM / AA
Procedimiento quirúrgico o tratamiento médico a realizar:	
De requerir de algún tipo de material (osteosíntesis, injertos, válvulas, implantes, tornillos, prótesis, stent, marcapasos, rentas de equipos, etc.) Es necesario anexar cotización. En caso de quimioterapias anexar cotización, receta con medicamentos y dosis.	
Si su atención se llevará a cabo en el extranjero, por favor indique el nombre, domicilio, teléfono completo y correo electrónico del prestador:	

Programación de estudios de alta especialidad (sólo cuando exista siniestro abierto, el estudio esté directamente relacionado al padecimiento, sea prescrito por su médico tratante y el prestador esté en convenio con MAPFRE de acuerdo a su plan contratado. Es necesario anexar cotización, nombre y datos de proveedor. En caso de quimioterapias anexar cotización, receta con medicamentos especificando dosis.)		
Nombre del estudio	Prestador (debe estar en convenio con MAPFRE)	Fecha programada
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<input type="checkbox"/> Check up (Solo si cuenta con la cobertura)	Fecha programada: DD / MM / AA
¿Ya cuenta con un prestador del servicio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿cuál?	
Costo estimado con I.V.A. \$	

Programación de medicamentos de alta especialidad (para ello debe contar con siniestro abierto y el medicamento esté directamente relacionado al padecimiento autorizado. Es necesario anexar receta médica original, en donde se indique nombre del medicamento, presentación, dosis y duración del tratamiento.)

Por este medio autorizo a los médicos que me atienden o me hayan atendido y en general a las instituciones médicas a las que he recurrido para atenderme, diagnosticarme o tratarme del padecimiento o accidente sufrido, para que proporcionen la información médica que sea solicitada por MAPFRE México S.A., para su análisis y dictamen de mi reclamación. Por lo que relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento.

Quedo advertido (a) de que la obligación de MAPFRE México S.A. se extinguirá si se demuestra que existieron omisiones o inexactas declaraciones de los hechos, por parte del asegurado, contratante y su representante, con la finalidad de hacerla incurrir en error u obtener un beneficio.

Asimismo, entiendo que llenar el presente formato, no obligará a MAPFRE México S.A. en dictaminar esta reclamación como procedente.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE México, S.A.

<p>_____</p> <p>Lugar donde se presenta la reclamación</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma del asegurado o titular</p>
--	--

Tabla de requisitos				
Servicio a programar / Documento	Sol. Pago Directo*	Informe médico*	Resultado de estudios	Receta médica
Cirugía ambulatoria u hospitalización	•	•	•	
Tratamiento médico	•	•	•	
Medicamentos o estudios de alta especialidad	•	•		•
Segunda Valoración Médica programada	•	•	•	•
Check up (si cuenta con la cobertura)	•			

* Para reclamaciones en el extranjero puede utilizar los formatos bilingües disponibles en nuestro sitio <http://www.mapfre.com.mx>.

AVISO DE PRIVACIDAD

I. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE

MAPFRE México, S.A., con domicilio ubicado en el número 243 de Avenida Paseo de la Reforma, Colonia y Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en México, Distrito Federal, hace de su conocimiento que sus datos personales recabados, que se recaben o se generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso, se celebre, se verificará tratamiento sobre los mismos de acuerdo con las siguientes categorías:

II. DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN

CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES:

- Datos patrimoniales y financieros.
- Datos de identificación.
- Datos de imagen física, dactiloscópicos, caligráficos, oculares y biométricos.
- Datos laborales, ocupación y aficiones.
- Datos académicos.
- Datos de tránsito y migratorios.
- Datos sobre procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales.

CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES SENSIBLES:

- Datos de salud
- Características físicas.
- Hábitos personales.

III. MEDIOS DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los Datos señalados de acuerdo a las Categorías y sub categorías antes mencionadas, que se obtengan:

1) De manera directa, por medio de cualquiera de nuestras oficinas y sucursales a través de funcionarios y empleados autorizados para ello, mediante medios remotos ya sean electrónicos o físicos, a través de nuestro sitio web, dirección de correo electrónico o nuestro centro de contacto telefónico.

2) De manera indirecta, mediante transferencias que se realicen por conducto de personas físicas o morales autorizadas, a través de una fuente de acceso público, y en general, que se hayan obtenido en virtud de haber sido generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre.

IV. FINALIDADES

Del mismo modo, los referidos Datos Personales se tratarán para todos los fines vinculados con la mencionada relación jurídica y las obligaciones derivadas de la misma. Adicionalmente y de manera específica, dependiendo del tipo de titular las finalidades también serán:

Visitantes en general, por razones de seguridad y vigilancia: Cuando sea necesario para protección de los bienes muebles e inmuebles donde reside el domicilio y las oficinas del responsable, así como para proteger también a las personas y sus pertenencias, cuando acceden a dichas oficinas.

Recursos Humanos (Candidatos, empleados y ex empleados) Se utilizarán para todos los fines vinculados con la relación laboral, en especial para selección, para verificar referencias de empleos anteriores, reclutamiento, bolsa de trabajo, capacitación, evaluación y medición de habilidades y competencias, así como definición de acciones de desarrollo, y el pago de prestaciones laborales.

Cientes (Proponentes, contratantes, asegurados, beneficiarios y proveedores de recursos). Se utilizarán para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley sobre el Contrato de Seguro, para evaluar su solicitud de seguro, suscripción, emisión, tramitación, investigación, verificación, validación y confirmación de los datos para la cotización y ofrecimiento de programas de

aseguramiento previamente solicitados; del mismo modo, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros derivados de dichos programas; cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estudios estadísticos, cuyo tratamiento podrá ser de manera indistinta mediante sus propios medios y recursos; así como, remisión de dichos datos a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta de aseguramiento o bien calificar la procedencia del beneficio solicitado en caso de siniestro, o cualquier derecho sobre el servicio contratado.

V. FINALIDADES SECUNDARIAS DEL TRATAMIENTO

Igualmente los datos recabados tendrán finalidades que no dan origen a la relación jurídica "Finalidades Secundarias"), las cuales se componen por: el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios, así como la prospección comercial, en cuyo caso se entenderá aceptado dicho tratamiento hasta en tanto no proceda a informarnos lo contrario a través de la revocación del consentimiento,

Si usted no está de acuerdo con el tratamiento de sus datos para las finalidades secundarias, podrá manifestar su negativa siguiendo cualquiera de los siguientes mecanismos:

• Si proporciona sus datos en forma personal; de su puño y letra, indicando en el formato que se entregue en ese momento, que no está de acuerdo a dicho tratamiento.

• Si proporciona sus datos en forma directa, siguiendo los mecanismos que en los propios medios de contacto se le indiquen.

• Si proporciona sus datos en forma indirecta, a través del correo electrónico arco_mapfre@mapfre.com.mx mediante la cual cuenta con cinco días a partir de la consulta del presente aviso, para que en su caso el titular manifieste su negativa para el tratamiento del o las mencionadas Finalidades Secundarias, quedando a salvo el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionando la información solicitada en el apartado VII de este aviso.

VI. TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

Igualmente, usted reconoce la transferencia de sus datos que pudiera realizarse, en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Sistema MAPFRE, sus subsidiarias y afiliadas; así como a personas y entidades distintas a las anteriores, de aquellos datos que derivan de la relación jurídica y que son necesarios o dan origen a la misma, en específico que forman parte de los siguientes sectores:

A) Entidades de Carácter Privado:

A.1 Financieras, Aseguradoras, Afanzadoras, profesionales médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, empresas de asistencia y asesoría jurídica; asociaciones gremiales y de fines estadísticos, cuya finalidad consiste en dar cabal cumplimiento a los servicios contratados por los clientes, así como seleccionar los riesgos o bien verificar la procedencia de una reclamación derivada de un siniestro.

B) Entidades del Sector Público:

B.1 Autoridades financieras, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

B.2 Autoridades judiciales, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial; IMSS, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.

Del mismo modo usted reconoce que, bajo ningún supuesto o circunstancia son compartidos sus datos sensibles, patrimoniales o financieros, que no deriven de la relación jurídica o que no sean necesarios o no den origen a la misma. En adición a lo anterior, en caso de que se requieran tratar para una o varias Finalidades Secundarias no informadas en el presente Aviso, la o las mismas le serán comunicadas 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.

La información personal no pública entregada en nuestra calidad de Responsable es tratada con la debida confidencialidad y no será vendida o cedida a terceros.

En caso de hacerse alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso se recabará el mismo.

VII. SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO) Y REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el apartado I de este aviso 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.

Usted podrá proceder conforme a lo señalado en el párrafo anterior, a través del siguiente procedimiento:

1) Requisitos:

- a) Nombre completo del Titular.
- b) Copia de documento que acredite su identidad (Credencial de elector vigente, Pasaporte, FM3), la cual deberá anexar al correo de la solicitud.
- c) Medio para proporcionarle la respuesta (domicilio u otro medio).
- d) Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que busca ejercer sus derechos ARCO.
- e) Derecho ARCO a ejercer y descripción detallada de la solicitud.
- f) Número de póliza y tipo de esta. (Si es que cuenta con el mismo)

2) Plazos:

- a) Se le informará en máximo 5 días después de recibida la aceptación o negativa de su solicitud.
- b) Se le proporcionará respuesta de su solicitud en máximo 20 días después de recibida.
- c) Usted tendrá 5 días máximo después de recibir respuesta a su solicitud para cancelar la misma.

3) Medios de Respuesta:

- a) Para derechos de Rectificación, Cancelación u Oposición
 - i. Por correo electrónico.
 - ii. Por correo a una dirección que nos proporcione.
- b) Para derechos de Acceso:
 - i. Entrega física en oficina comercial previa identificación del Titular.

Por su parte la revocación del consentimiento usted la puede ejercer de conformidad con lo siguiente:

1) Requisitos:

- a) Nombre completo del Titular.
- b) Copia de documento que acredite su identidad (Credencial de elector vigente, Pasaporte, FM3), la cual deberá anexar al correo de la solicitud.

- c) Medio para proporcionarle la respuesta (domicilio u otro medio).
- d) Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que busca ejercer su revocación.
- e) Número de póliza y tipo de esta. (En caso de que cuente con el mismo)

2) Plazos:

- a) Se le informará en máximo 5 días después de recibida la aceptación o negativa de su solicitud.
- b) Se le proporcionará respuesta de su solicitud en máximo 20 días después de recibida.
- c) Usted tendrá 5 días máximo después de recibir respuesta a su solicitud para cancelar la misma.

3) Medios de Respuesta:

- a) Por correo electrónico.
- b) Por correo a una dirección que nos proporcione.

VIII. OPCIONES PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas, procedimientos y controles de seguridad y confidencialidad de la información, las cuales pueden ser consultadas en la página www.mapfre.com.mx

Asimismo, con independencia a los procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento, usted podrá limitar el uso y divulgación de sus datos personales, mediante la inscripción de sus datos en el Registro Público de Usuarios de Servicios Financieros a los que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuya liga de acceso la ponemos a su disposición www.condusef.gob.mx

En cuanto al uso de las llamadas "cookies", "web beacons" u otras tecnologías similares, que a través de medios remotos o locales, de comunicación electrónica, óptica u otra tecnología, que permiten recabar sus datos personales de manera automática y simultánea al momento en que usted como titular hace contacto con los medios indicados, se le informa categóricamente que se encuentran totalmente deshabilitados en aquellos medios en los que MAPFRE haga contacto con usted.

Del mismo modo, en los contratos con nuestros proveedores de internet se establece prohibición al uso de dichas tecnología para recabar datos de manera automática, como se indica en el párrafo anterior.

IX. MODIFICACIONES AL AVISO DE PRIVACIDAD

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 de 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.

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 1º/AGOSTO/2013