



MAPFRE México, S.A.  
Avenida Revolución #507, Colonia San Pedro de los  
Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800 Tel 5230 7000

SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO  
INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

PLAN BASICO

Folio No. \_\_\_\_\_

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

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE												
Razón social / Nombre:										Sexo:	M	F
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Giro:	C.U.R.P.:	Sólo personas físicas				
Domicilio:						Firma del Contratante						
Colonia:					Municipio o delegación:							
C.P.:		Estado:										
Teléfono:			E-mail:									
Relación con el Titular:												

DATOS GENERALES DEL TITULAR (En caso de ser diferente el Contratante al Titular llenar este apartado)												
Nombre completo:										Sexo:	M	F
Relación con el contratante:							Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año		
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	C.U.R.P.:	Sólo personas físicas				Estado civil:	
Domicilio:						Colonia:						
Municipio o delegación:						Estado:						
E-mail:						Teléfono:						
Firma del Titular:												

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?:				¿Viaja? Si ( ) No ( )	

DATOS COMERCIALES											
Agente:						Clave:			División:		
Forma de pago: Anual ( ) Semestral ( ) Trimestral ( ) Mensual ( )											
Cuenta de cheques: ( ) / Cuenta de débito: ( ) / Tarjeta de crédito: ( ) Tipo de tarjeta (VISA, Mastercard, otra):											
No. de CLABE:				No. de cuenta de cheques o tarjeta de débito:				No. de tarjeta de crédito:			
Banco:						Código de seguridad de la tarjeta:					
Nombre:						1er. Apellido:			2do. 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 Seguros MAPFRE México, S. A., liberando al banco de cualquier responsabilidad.

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: \_\_\_\_\_

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Nombre Completo:	%	Parentesco:	Firma:
1			
1			
2			
2			
3			
3			
4			
4			
5			

Advertencias: En 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 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 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.**

**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.

**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 13 DE SEPTIEMBRE DE 2010 CON EL NÚMERO CNSF- S0041-0729- 2010/CONDUSEF-002871-01.**

**Lugar y Fecha:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente