



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 Individual/
Familiar 2023**

La presente solicitud no es válida para emisión de pólizas nuevas a través de ZonAliados, únicamente es válida para emisiones por oficina y alta de asegurados.

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(s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Tipo de Identificación:		Número:		Emisor:	
Fecha de nacimiento:	dd	/	mm	/	aaaa
		País de nacimiento:		Nacionalidad:	
Folio mercantil:	Fecha de constitución: dd / mm / aaaa			Nombre del apoderado legal:	
RFC:				Ocupación, act. o giro:	CURP: Sólo personas físicas
País del Domicilio:	Código Postal:			Estado:	
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio				
Colonia:	Calle:				
No. Exterior:	No. Interior:				
Número telefónico:	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: <i>día mes año</i>
RFC: letras / año / mes / día / homoclave	CURP:	Solo personas físicas		Estado civil :
País de nacimiento:	Nacionalidad:			
Domicilio:				
Colonia:	Municipio o Delegación:			
C.P.:	Estado:			
Teléfono:	Correo electrónico:			
Número de serie de la firma electrónica				

DATOS LABORALES DEL TITULAR	
Ocupación: <input type="text"/>	(pleado no se toma como ocupación)
Giro de la empresa: <input type="text"/>	¿Qué tipo de maquinaria, herramientas, sustancias o vehículo utiliza?: <input type="text"/>

DATOS COMERCIALES				
Nombre de agente:		Clave de agente:	División:	
Forma de pago:	anual (<input type="checkbox"/>)	semestral (<input type="checkbox"/>)	trimestral (<input type="checkbox"/>)	mensual (<input type="checkbox"/>)

Usted puede realizar el pago de su póliza por medio de cheque o en ventanillas bancarias a través de las referencias bancarias especificadas en la factura electrónica.

MAPFRE México, S.A no recibe pagos en efectivo a través de sus agentes.

La presente solicitud no es válida para emisión de pólizas nuevas a través de ZonAliados, únicamente es válida para emisiones por oficina y alta de asegurados.

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	Coberturas	Amparada
Combo: Tu recuperación Prótesis y aparatos ortopédicos Rehabilitaciones Tratamientos dentales Tratamientos reconstructivos y estéticos	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Combo: Tu protección Dental Visión Enlace Maternidad ¹	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> _____
Combo: Tu recuperación plus Complicaciones de gastos no cubiertos Procedimientos de vanguardia Recaídas de padecimientos preexistentes declarados Recaídas de padecimientos preexistentes no declarados	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Previsión ² Atención nacional total Reducción de deducible por accidente Eliminación de deducible por enfermedades graves	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Combo: Tu atención alternativa Acupuntura, homeopatía, ozonoterapia, peroxidación y/o quiropráctico Psiquiatra y psicólogo	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Ayuda de medicamentos e Insumos Complementarios	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Combo: Donde tú vayas Enfermedades catastróficas en el extranjero Emergencia en el extranjero Suma Asegurada: \$ _____ Deductible: \$ _____ Zona: _____ Internacional Suma Asegurada: \$ _____ USD Deductible: \$ _____ USD Coaseguro: _____ %. Zona: _____ Tope de coaseguro: \$ 3,740 USD	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Combo: Tu soporte asistencial Hogar Funeraria	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Combo: Tu escudo Enfermedades frecuentes Enfermedades catastróficas Mujer ³ Hombre ⁴ Infantil Cáncer Muerte accidental ⁵ Pérdidas orgánicas	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Suma Asegurada	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> _____
Otras (especificar):		Combo: Tu días seguros Hospitalización ⁶ Incapacidad ⁷	Renta: \$ <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> _____ Días de Carencia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> _____
			Renta: \$ <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> _____ Días de Carencia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> _____

Notas:

- 1: La edad de contratación de la cobertura de Maternidad para mujeres entre 18 y 44 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 Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Para efectos de identificación de Asegurados, la clave 1 será para el titular y del 2 al 8 para dependientes económicos, manteniendo siempre el orden inicial.

Nota: Si se tienen 3 o más beneficiarios, favor de anotarlo de forma separada. Los campos de los beneficiarios solo se llenarán cuando se contrate la cobertura de muerte accidental 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:	RFC: _____ (empleado no se toma como ocupación)		CURP: _____		Solo personas físicas	

La presente solicitud no es válida para emisión de pólizas nuevas a través de ZonAliados, únicamente es válida para emisiones por oficina y alta de asegurados.

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

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

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

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

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

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

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

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".

La presente solicitud no es válida para emisión de pólizas nuevas a través de ZonAliados, únicamente es válida para emisiones por oficina y alta de asegurados.

TITULAR		DEPENDIENTES					
①	②	③	④	⑤	⑥		
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

1 Indicar lo siguiente:

- a. ¿Fuma actualmente?
 - b. ¿Ha fumado en el pasado y actualmente lo ha dejado de forma permanente?
 - 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"
 - d. ¿Número de cigarros diarios que fuma o ha fumado?
 - e. ¿Años que tiene fumando o ha fumado?

A 3x10 grid of 30 empty circles, arranged in three rows and ten columns. Below the grid are two rows of six horizontal lines each, intended for drawing practice.

2 ¿Realiza actividad física o deportiva?

3 ;Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- a. Infarto cerebral, hemorragia cerebral, infarto al miocardio, enfermedad isquémica del corazón, fibrosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva, insuficiencia hepática, cirrosis hepática, VIH, SIDA y/o lupus.
 - b. Trastornos y/o anomalías genéticas, cromosómicas, neurológicas y/o de desarrollo como Síndrome de Down, distrofia muscular, síndrome de Asperger y/o trastorno de espectro autista
 - c. Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, enfermedades de la columna vertebral, insuficiencia renal crónica, cualquier tipo de cáncer, tumor maligno y/o linfoma en cualquier etapa.
 - d. Asma.
 - e. Cualquier tipo de hernia.
 - f. Cualquier enfermedad del estómago y/o de los intestinos donde se haya tenido alguna intervención y/o algún procedimiento quirúrgico.
 - g. Osteoporosis.
 - h. Cualquier padecimiento de rodilla.
 - i. Hipotiroidismo.
 - j. Hipertiroidismo.
 - k. Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares.
 - l. Artritis y/o Artrosis.
 - m. Tumores, quistes y/o miomas mamarios.
 - n. Tumores, quistes y/o miomas de útero y/o de ovario.
 - o. Hepatitis B o Hepatitis C.
 - p. Cualquier enfermedad del páncreas.
 - q. Neumonía.

A 10x10 grid of 100 empty circles, arranged in 10 rows and 10 columns. The circles are evenly spaced and have a consistent size.

5. ¿Tiene o ha tenido otros problemas de salud?

6. Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual diferentes a las que se han

¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual dirigida por el virus del Papiloma Humano, sifilis, gonorrea, etc?

7. Responder solo si es un hombre con más de 50 años.

 - ¿Cuándo fue su último examen de próstata?
 - Indica el resultado: ¿anormal o normal?

8. Responder sólo si es mujer con más de 25 años de edad:

- a. ¿Cuándo fue su último papanicolau y/o colposcopia, mastografía y/o ultrasonido mamario?

b. Indica el resultado, ¿anormal o normal?

9 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- a. Tos frecuente
 - b. Escurrimiento nasal
 - c. Flema matutina constante
 - d. Su boca, manos pies y/o uñas se ponen moradas
 - e. Dolor opresivo de pecho
 - f. Dificultad para respirar al hacer esfuerzo

La presente solicitud no es válida para emisión de pólizas nuevas a través de ZonAliados, únicamente es válida para emisiones por oficina y alta de asegurados.

CUESTIONARIO MÉDICO (Continuación)

AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para efectos de la designación de beneficiarios, la clave 1 será para el titular y del 2 al 6 para dependientes económicos, manteniendo siempre el orden inicial.

Nota: Si se tiene 3 o más beneficiarios, favor de anotarlo de forma separada. Los campos de los beneficiarios sólo se llenarán cuando se contraten las coberturas de muerte accidental y la participación deberá sumar el 100%.

① Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input style="width: 150px; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

① Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input style="width: 150px; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

② Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input style="width: 150px; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

② Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input style="width: 150px; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

③ Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input style="width: 150px; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

③ Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text" value="_____"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

④ Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text" value="_____"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

④ Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text" value="_____"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑤ Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text" value="_____"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑤ Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text" value="_____"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑥ Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: [REDACTED]	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑥ Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: [REDACTED]	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑦ Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: [REDACTED]	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑦ Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: [REDACTED]	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑧ Beneficiario 1

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: [REDACTED]	Mismo domicilio que contratante: Sí () No ()	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

⑧ Beneficiario 2

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: [REDACTED]	Mismo domicilio que contratante:	Sí () No ()
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

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 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.

La presente solicitud no es válida para emisión de pólizas nuevas a través de ZonAliados, únicamente es válida para emisiones por oficina y alta de asegurados.

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/apoderado legal
(en caso de persona moral)

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 05 de marzo de 2024, con el número PPAQ-S0041-0088-2023/CONDUSEF-006219-02.

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

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

CURP: Clave Única de Registro de Población

La presente solicitud no es válida para emisión de pólizas nuevas a través de ZonAliados, únicamente es válida para emisiones por oficina y alta de asegurados.

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 trasferencia, 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.