



**SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO  
Protección Médica a tu Medida Individual/  
Familiar 2023**

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:		día mes año	
RFC:		CURP:				Estado civil :			
letras / año / mes / día / homoclave		Solo personas físicas							
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:	(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 ( )

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

- 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:	(empleado no se toma como ocupación)			RFC:	CURP:		
				letras/año /mes/ día / homoclave			
				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: <i>día mes año</i>		Sexo: F ( ) M ( )	Peso:	kg.:	Estatura: mts.:	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)		RFC: letras/año /mes/ día / homoclave			CURP: Solo personas físicas	

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

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

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

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

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

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

**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.**



**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)

[illegible]

## AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

[illegible]

**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%.

<b>① Beneficiario 1</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>① Beneficiario 2</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>② Beneficiario 1</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>② Beneficiario 2</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>③ Beneficiario 1</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante: Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:



<b>③ Beneficiario 2</b>									
Nombre(s):				Apellido Paterno:				Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>				Parentesco:				Participación:	
RFC: <input type="text"/>				Mismo domicilio que contratante:				Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:				Código Postal:				Estado:	
Ciudad/Población:				Alcaldía/Municipio:					
Colonia				Calle:					
No. Exterior:				No. Interior:				Correo electrónico:	

<b>④ Beneficiario 1</b>									
Nombre(s):				Apellido Paterno:				Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>				Parentesco:				Participación:	
RFC: <input type="text"/>				Mismo domicilio que contratante:				Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:				Código Postal:				Estado:	
Ciudad/Población:				Alcaldía/Municipio:					
Colonia				Calle:					
No. Exterior:				No. Interior:				Correo electrónico:	

<b>④ Beneficiario 2</b>									
Nombre(s):				Apellido Paterno:				Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>				Parentesco:				Participación:	
RFC: <input type="text"/>				Mismo domicilio que contratante:				Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:				Código Postal:				Estado:	
Ciudad/Población:				Alcaldía/Municipio:					
Colonia				Calle:					
No. Exterior:				No. Interior:				Correo electrónico:	

<b>⑤ Beneficiario 1</b>									
Nombre(s):				Apellido Paterno:				Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>				Parentesco:				Participación:	
RFC: <input type="text"/>				Mismo domicilio que contratante:				Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:				Código Postal:				Estado:	
Ciudad/Población:				Alcaldía/Municipio:					
Colonia				Calle:					
No. Exterior:				No. Interior:				Correo electrónico:	

<b>⑤ Beneficiario 2</b>									
Nombre(s):				Apellido Paterno:				Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>				Parentesco:				Participación:	
RFC: <input type="text"/>				Mismo domicilio que contratante:				Sí ( ) No ( )	
País del Domicilio:				Código Postal:				Estado:	
Ciudad/Población:				Alcaldía/Municipio:					
Colonia				Calle:					
No. Exterior:				No. Interior:				Correo electrónico:	

<b>⑥ Beneficiario 1</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante:      Sí ( )    No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>⑥ Beneficiario 2</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante:      Sí ( )    No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>⑦ Beneficiario 1</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante:      Sí ( )    No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>⑦ Beneficiario 2</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante:      Sí ( )    No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:

<b>⑧ Beneficiario 1</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: <i>dd / mm / aaaa</i>	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/>	Mismo domicilio que contratante:      Sí ( )    No ( )	
País del Domicilio:	Código Postal:	Estado:
Ciudad/Población:	Alcaldía/Municipio:	
Colonia	Calle:	
No. Exterior:	No. Interior:	Correo electrónico:



<b>⑧ Beneficiario 2</b>		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Fecha de nacimiento: <i>dd</i> / <i>mm</i> / <i>aaaa</i>	Parentesco:	Participación:
RFC: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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 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 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](http://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](mailto: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](http://www.mapfre.com.mx) (sección actuación ética) o en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto: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.

**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 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](mailto: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](http://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.