



MAPFRE México, S.A.

Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos  
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P 03800  
Teléfono: 52 30 7000

**SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO**  
**Protección médica a tu medida**

--

**Las declaraciones de la presente solicitud (Datos del asegurado, ocupación, respuestas del cuestionario médico, etc.) deberán coincidir fielmente con las declaraciones realizadas al momento de emitir la póliza a través del portal de ZonAliados o cualquier mecanismo de emisión con que disponga la compañía. En caso de que se detecten inconsistencias entre ambas solicitudes, la compañía podrá suspender de manera temporal o definitiva la clave del agente por malas prácticas. Para efectos del contrato de seguro, prevalecerá la solicitud digital que se genera con base en lo declarado a través del portal.**

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 GENERALES DEL CONTRATANTE**

Persona física ( )	Persona moral ( )	Razón social / Nombre completo:	
Tipo de identificación:		Número:	Emisor:
Fecha de nacimiento:                    día / mes / año		País de nacimiento:	Nacionalidad:
Folio mercantil:	Fecha de constitución:                    día / mes / año		Nombre del apoderado:
RFC:                    letras / año / mes / día / homoclave		Giro / ocupación:	CURP:                    Sólo personas físicas
Domicilio:			Número de serie de la firma electrónica
Colonia:		Municipio o Delegación:	
CP:		Estado:	
Teléfono:		Correo electrónico:	

**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:                    letras / año / mes / día / homoclave		CURP:                    Sólo Personas físicas	Estado civil :
País de nacimiento:		Nacionalidad:	
Domicilio:			
Colonia:		Municipio o Delegación:	
C.P:		Estado:	
Teléfono:		Correo electrónico:	

**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?:

**DATOS COMERCIALES**

Nombre de agente:	Clave de agente:	División:		
Forma de pago:                    anual ( )                    semestral ( )                    trimestral ( )                    mensual ( )				
Cuenta de cheques ( )	Tarjeta de débito ( )	Tarjeta de crédito ( )	Tipo de tarjeta:	Otra ( ) Especificar:
Núm. de CLABE:		Núm. de cuenta de cheques:		
Núm. de tarjeta de débito o crédito:		Banco:	Código de seguridad de la tarjeta:	
Nombre:		1er. apellido:	2o. 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 MAPFRE México, S.A., liberando al banco de cualquier responsabilidad.

## 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 ( ) Si ( ) 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 No Si	Coberturas	Amparada No Si
<b>Combo: Tu recuperación</b> Prótesis y aparatos ortopédicos Rehabilitaciones Tratamientos dentales Tratamientos reconstructivos y estéticos	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Combo: Tu protección</b> Dental Visión Enlace Maternidad <sup>1</sup> Previsión <sup>2</sup>	<b>Opción</b> <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
<b>Combo: Tu recuperación plus</b> Complicaciones de gastos no cubiertos Procedimientos de vanguardia Padecimientos preexistentes declarados Padecimientos preexistentes no declarados	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Atención nacional total Reducción de deducible por accidente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
<b>Combo: Tu atención alternativa</b> Homeopatía, quiropráctica y acupuntura Psiquiatra y psicólogo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Combo: Tu soporte asistencial</b> Hogar Funeraria	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>Combo: Donde tú vayas</b> Enfermedades catastróficas en el extranjero Emergencia en el extranjero Suma asegurada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Zona: _____ Internacional Suma asegurada: \$ _____ USD Deducible: \$ _____ USD Coaseguro: _____ %. Zona: _____ Tope de coaseguro: \$ _____ USD	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Combo: Tu escudo</b> Enfermedades frecuentes Enfermedades catastróficas Mujer <sup>3</sup> Hombre <sup>4</sup> Infantil Cáncer Muerte accidental <sup>5</sup> Pérdidas orgánicas	<b>Suma asegurada</b> <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
<b>Otras (Especificar):</b>		<b>Combo: Tu soporte asistencial</b> Hospitalización  Incapacidad <sup>6</sup>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Renta: \$ _____ Dias de Carencia _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Renta: \$ _____ Dias de Carencia _____

### Notas:

- 1: La edad de contratación de la cobertura de Maternidad para mujeres entre 18 y 40 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 Hombres 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 Incapacidad es de entre 18 y 65 años.
- 7: La edad de contratación de la cobertura de Hospitalización es de entre 18 y 65 años.

### DATOS DEL TITULAR DEPENDIENTES ECONÓMICOS Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para efectos de identificación de asegurados, 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 beneficiario, favor de anotarlo de forma separada. Los campos de los beneficiarios sólo se llenarán cuando se contraten las coberturas de muerte accidental y/o gastos de sepelio y la participación deberá sumar el 100%.

① <b>Nombre completo:</b>		Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras/año/mes/día/homoclave	CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:	Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:	Parentesco:	Participación:	

<b>② Nombre completo:</b>			Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras /año / mes /día/ homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:	Participación:	
<b>③ Nombre completo:</b>			Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras /año / mes /día/ homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:	Participación:	
<b>④ Nombre completo:</b>			Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras /año / mes /día/ homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:	Participación:	
<b>⑤ Nombre completo:</b>			Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras /año / mes /día/ homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:	Participación:	
<b>⑥ Nombre completo:</b>			Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras /año / mes /día/ homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:	Participación:	
<b>⑦ Nombre completo:</b>			Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras /año / mes /día/ homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:	Participación:	
<b>⑧ Nombre completo:</b>			Parentesco:	
Fecha de nacimiento: día / mes / año	Sexo: F ( ) M ( )	Peso kgs.	Estatura Mts.	
Ocupación: (empleado no se toma como ocupación)	RFC: letras /año / mes /día/ homoclave		CURP: Solo personas físicas	
Nombre del beneficiario 1:		Parentesco:	Participación:	
Nombre del beneficiario 2:		Parentesco:	Participación:	

**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 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.**

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: 5230 7090 o 01 800 717 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) ó 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

\_\_\_\_\_  
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 30 de junio de 2017, con el número PPAQ-S0041-0048-2017/CONDUSEF-002265-03.**

Glosario : RFC: Registro Federal de Contribuyentes  
Kgs.: Kilogramos Mts.: Metros

CP. Código Postal  
F: Femenino

CURP: Clave única de Registro de Población  
M: Masculino Núm. Número

## 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.