

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

VIGENCIA DE LA PÓLIZA							
Inicio de vigencia	Día	Mes	Año	Fin de vigencia	Día	Mes	Año

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE													
Persona Física ()				Persona Moral ()									
Razón Social / Nombre:													
R.F.C.:		Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Giro:			C.U.R.P.:		Sólo personas físicas	
País de nacimiento:						Nacionalidad:							
Folio mercantil:			Fecha de constitución:			Año	Mes	Día	Nombre del apoderado:				
Tipo de identificación:						Número:			Emisor:				
Domicilio:													
Colonia:				Municipio o delegación:									
C.P.:		Estado:		Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada Firma del Contratante									
Teléfono:				E-mail:									

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	
R.F.C.:		Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	C.U.R.P.:			Sólo personas físicas		Estado civil:	
País de nacimiento:						Nacionalidad:							
Folio mercantil:			Fecha de constitución:			Año	Mes	Día	Nombre del apoderado:				
Domicilio:													
Colonia:				Municipio o delegación:									
C.P.:		Estado:		Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada Firma del Titular									
Teléfono:				E-mail:									

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											
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 del titular de la tarjeta:											
Fecha sugerida de pago (Especifique día de pago):						Vencimiento:					

* Forma de pago mensual solo aplica para tarjeta de crédito, tarjeta de débito y cuenta CLABE.

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 SOLICITADAS											
Paquete:						Servicio Meditel: Incluido					
Cobertura de Eventos Frecuentes: Amparada				Cobertura de Eventos Catastróficos: Suma Asegurada: \$ _____							
Cobertura Reembolso de Gastos Médicos: Suma Asegurada: \$ _____				Deducible: \$ _____		Coaseguro: 10 %					

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 tienen 2 ó más beneficiarios favor de anotarlo de forma separada.

① Asegurado Titular:													
Sexo:		M ()		F ()		Peso:		Kgs.		Estatura:		Mts.	
Nombre del beneficiario:													
R.F.C. del beneficiario:		Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Parentesco:						
Participación:						%			Firma del Titular				

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 tienen 2 ó más beneficiarios favor de anotarlos de forma separada.

② Nombre Completo											Parentesco:				
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo: M () F ()	Peso:	Kgs.	Estatura:	Mts.	
Ocupación: EMPLEADO NO se toma como ocupación															
Descripción de Actividades:															
Domicilio:															
Nombre del beneficiario:											Firma del Dependiente				
R.F.C. del beneficiario:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Parentesco:									
Participación: %															

③ Nombre Completo											Parentesco:				
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo: M () F ()	Peso:	Kgs.	Estatura:	Mts.	
Ocupación: EMPLEADO NO se toma como ocupación															
Descripción de Actividades:															
Domicilio:															
Nombre del beneficiario:											Firma del Dependiente				
R.F.C. del beneficiario:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Parentesco:									
Participación: %															

④ Nombre Completo											Parentesco:				
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo: M () F ()	Peso:	Kgs.	Estatura:	Mts.	
Ocupación: EMPLEADO NO se toma como ocupación															
Descripción de Actividades:															
Domicilio:															
Nombre del beneficiario:											Firma del Dependiente				
R.F.C. del beneficiario:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Parentesco:									
Participación: %															

⑤ Nombre Completo											Parentesco:				
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo: M () F ()	Peso:	Kgs.	Estatura:	Mts.	
Ocupación: EMPLEADO NO se toma como ocupación															
Descripción de Actividades:															
Domicilio:															
Nombre del beneficiario:											Firma del Dependiente				
R.F.C. del beneficiario:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Parentesco:									
Participación: %															

⑥ Nombre Completo											Parentesco:				
R.F.C.:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo: M () F ()	Peso:	Kgs.	Estatura:	Mts.	
Ocupación: EMPLEADO NO se toma como ocupación															
Descripción de Actividades:															
Domicilio:															
Nombre del beneficiario:											Firma del Dependiente				
R.F.C. del beneficiario:	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	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.

CUESTIONARIO MÉDICO. Marcar con una "X" (En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar información anotando el número de identificación del asegurado).

Preguntas	TITULAR		DEPENDIENTES									
	①		②		③		④		⑤		⑥	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. Favor de indicar si fuman o han fumado cigarrillos, puros, pipas y/o ingiere bebidas alcohólicas. Indicar tipo, cantidad, frecuencia y fecha del último consumo:	<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"/>
2. Favor de indicar si utilizan o han utilizado drogas o algún estimulante. Indicar tipo, cantidad, frecuencia y fecha del último consumo:	<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"/>
3. Favor de indicar si les han practicado estudios de laboratorio, Rayos X, Ultrasonido, Electrocardiograma, o algún otro en los últimos 2 años. Indicar estudio realizado, resultado y fecha de elaboración:	<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"/>
4. Favor de indicar si les han practicado o tiene pendiente algún tratamiento quirúrgico (incluyendo cesárea). Indicar de qué tipo y fecha de cada una:	<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"/>
5. Favor de indicar si están actualmente bajo algún tratamiento (inyectado, tomado, etc.) Indicar cuál y frecuencia:	<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"/>
6. Favor de indicar si padecen o han padecido alguna enfermedad:	<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"/>
7. Favor de indicar si estan embarazadas o han tenido un aborto en los últimos 6 meses. Indicar cuál y fecha de inicio:	<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"/>
8. Favor de indicar si practican algún deporte o afición. Indicar cuál, frecuencia, si es amateur o profesional:	<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"/>

Ampliación de respuestas afirmativas. (Anotar código de asegurado, número de pregunta e información)		
Asegurado	Pregunta	Información
		Indicar el nombre de la enfermedad ó accidente, fecha en que ocurrió, secuelas, estado actual, si ameritó hospitalización y/o cirugía, medicamentos utilizados, a qué dosis y durante cuánto tiempo, estudios realizados con fecha y resultados, además fecha de la última consulta.
<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"/>	<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"/>	<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"/>
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 12 DE ABRIL DE 2013 CON EL NÚMERO CNSF-S0041- 0077-2013 /CONDUSEF-002077-02.

Lugar y Fecha:

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

Persona Física: Declaro bajo protesta de decir verdad, que actué a nombre y por cuenta propia y que los recursos utilizados en este acto comercial provienen de actividades lícitas.

Personas morales: Declaro expresamente, que actué con facultades suficientes de mi representada y que los recursos utilizados en este acto 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 Titular Firma del Agente

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) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx

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, 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.