



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 General para Póliza de Seguro de "Recuperación Médica 15"

Solicitud No.																				
Póliza No.																				
Centel	sí ()	no ()	Folio:																	

AVISO IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES, DEBE DE 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.

DATOS DEL PLAN SOLICITADO			
Plan:	Paquete 1 ()	Paquete 2 ()	Forma de Pago: Anual () Semestral () Trimestral () Mensual ()
Inicio Vigencia:	_____	Fin Vigencia: _____	En caso de elegir forma de pago mensual deberá anexar el formato de cargo a instrumentos bancarios correspondientes
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	

INFORME DEL AGENTE (Para aspectos internos de la Compañía)	
¿Cuánto tiempo tiene de conocer al solicitante?	
¿Recomienda usted a la familia solicitante, tanto por su aspecto de salud como por moralidad y reputación?	
Clave del agente:	Nombre del agente:

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE			
Nombre o Razón Social:			
R.F.C.:	Calle y número:		
Colonia:	Código postal:	Teléfono:	
Estado:	Delegación o Municipio:	Población:	
Relación con el solicitante:			

DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido paterno:		Apellido materno:	Nombre(s):
R.F.C.:		CURP:	Sexo: Femenino () Masculino ()
Fecha de nacimiento:		Estado civil:	Teléfono:
Edad:		Estatura: mts.	Peso: kg.
Calle y número:		Colonia:	Código Postal:
Estado:		Delegación o Municipio:	Población:
Lugar de residencia habitual:		Ocupación:	
Especifique: (ocupación)		Fecha de antigüedad:	

BENEFICIARIO DESIGNADO		
Nombre	Porcentaje	Parentesco (para efectos de identificación)

El Beneficiario designado en la presente solicitud como consecuencia del fallecimiento del asegurado, cobrará cualquier indemnización correspondiente a la cobertura de este seguro.

Advertencias:
 En caso de que se desee nombrar 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 que debe 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.

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 17 de Febrero de 2003 con el número CNSF-S0041-0136-2002/CONDUSEF-002080-02.

Aviso de Privacidad

MAPFRE México, S.A., con domicilio ubicado 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.