

MAPFRE Tepeyac, S.A. Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P 03800 Teléfono: 6592 9000

| Protección médica a tu medio | da |
|------------------------------|----|
| | |

SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO

| Esta solicitud debe llenarla el solicitante | | | annaandadaa ni ansitir | alavia data da las salisitadas |
|----------------------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| -sia solicii lo dene llenaria el soliciiania | no se dene nr | esentar con tachadilitas | enmendaduras ni omitir i | aidi in dato de los solicitados |
| -ota odnottaa acbe neriaria ei odnottaritt | , no se aese pr | Cociitai con taonaaanao, | Chinichadadaras in China | aigair aato ac 100 oonoitaaco. |

| | , | PAQUETE SO | DLICITADO | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|---------------|-----------|------------------|-----------------------------------------|--|--|--|
| Empresarial | () Esencial | | (|) H | Horizonte segur | то () | | | |
| Familiar | () Alta prot | ección | (|) (| Jno más uno | () | | | |
| Vigencia de: día / | mes / año | al: | día | / | mes / a | ño | | | |
| | DATOS G | ENERALES [| DEL CONTRA | ATAN | NTE | | | | |
| Persona física () Persona r | noral () | Razón social | / Nombre co | mplet | to: | | | | |
| Tipo de identificación: | | Número: | | | Emisor: | | | | |
| Fecha de nacimiento: día / m | es / año | País de naci | niento: | | Nacionali | dad: | | | |
| Folio mercantil: | Fecha de const | titución: día | mes año | Nom | nbre del apoder | ado: | | | |
| | nomoclave | o / ocupación: | | CI | URP: Sólo | personas físicas | | | |
| Domicilio: | | NA | | | | | | | |
| Colonia: CP: | | Municipio o De Estado: | egacion: | | | | | | |
| Teléfono: | Correo electro | | | | | Número de serie de la firma electrónica | | | |
| DATOS GENERALES DEL | TITULAR (En | caso de ser d | iferente el c | ontra | tante al titular | llenar este apartado) | | | |
| Nombre completo: | | | | | | | | | |
| Relación con el contratante: | | | | | Fecha de nad | cimiento: día mes año | | | |
| RFC: letras / año / mes / día / h | | RP: Sólo Perso | onas físicas | | Estado civil : | | | | |
| País de nacimiento: | | Naciona | lidad: | | | | | | |
| Domicilio: | | | | | | | | | |
| Colonia: | M | unicipio o Dele | gación: | | | | | | |
| C.P: | Estad | 0: | | | | Número de serie de la | | | |
| Teléfono: | Correc | electrónico: | | | | firma electrónica | | | |
| | DATO | S LABORALE | S DEL TITU | LAR | | | | | |
| Ocupación: (empleado no se toma | a como ocupacio | Non ón) | nbre de su pu | uesto: | : | | | | |
| Giro de la empresa: | ¿Qué tip | oo de maquina | ria, herramie | ntas, | sustancias o ve | hículo utiliza?: | | | |
| | | DATOS COM | ERCIALES | | | | | | |
| Nombre de agente: | | Cla | ve de agente | : | I | División: | | | |
| Forma de pago: anual () | sen | nestral () | | trime | estral () | mensual () | | | |
| Cuenta de cheques () Tarjeta de débito () Tarjeta de crédito () Tipo de tarjeta: Otra () Especificar: | | | | | | | | | |
| Núm. de CLABE: | Núm. de CLABE: Núm. de cuenta de cheques: | | | | | | | | |
| Núm. de tarjeta de débito o crédito: | | Banco | | Cód | igo de segurida | lad de la tarjeta: | | | |
| Nombre: | 1er. ape | llido: | | | 2o. apellido: | | | | |
| Fecha sugerida de pago (especifiqu | e día de pago): | | Ven | cimiento: | | | | | |

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 Tepeyac, S.A., liberando al banco de cualquier responsabilidad.

CONDICIONES DE PÓLIZA SOLICITADA

| Cobertura Elemental: Suma asegurada:\$ Deducible: \$ Estado de tarificación Red hos | pitalar | Coa | seguro: % Tope de coase | eguro:% de la suma asegurada Tipo de deducible: | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| ¿Requiere reconocimiento de antigüedad? | | | | | | | | |
| COBERTURAS ADICIONALES (A Las siguientes coberturas aplican para todos | Asiste | encia | telefónica y asistencia en viaje | se encuentran incluidas). | | | | |
| Coberturas | Ampa No | | Coberturas | Amparada No Si | | | | |
| Combo: Tu recuperación Prótesis y aparatos ortopédicos Rehabilitaciones Tratamientos dentales Tratamientos reconstructivos y estéticos Combo: Tu recuperación plus Complicaciones de gastos no cubiertos Procedimientos de vanguardia Padecimientos preesxistentes declarados Padecimientos preexistentes no declarados Combo: Tu atención alternativa Homeopatía, quiropráctica y acupuntura Psiquiatra y psicólogo | 000 0000 0 | 0000 0000 00 | Combo: Tu protección Dental Visión Enlace Maternidad ¹ Previsión ² Atención nacional total Reducción de deducible por accidente Combo: Tu soporte asistencial Hogar Funeraria | Opción | | | | |
| Combo: Donde tú vayas 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 | | 00 0 | Combo: Tu escudo Enfermedades frecuentes Enfermedades catastróficas Mujer ³ Hombre ⁴ Infantil Cáncer Muerte accidental ⁵ Pérdidas orgánicas Gastos de sepelio | Suma asegurada OOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOO | | | | |
| Otras (Especificar): | | | Combo:Tu soporte asistencial Hospitalización Incapacidad ⁶ | Renta: \$ Dias de Carencia Renta: \$ Dias de Carencia | | | | |
| Notas: 1: La cobertura de Maternidad solo está incluida para aquellos integrantes mujeres con edad entre 18 y 40 años. 2: La cobertura de Previsión está incluida para aquellos integrantes con edad entre 18 y 65 años. 3: La cobertura de Mujer está incluida para aquellos integrantes mujeres con edad entre 18 y 65 años. 4: La cobertura de Hombres está incluida para aquellos integrantes hombres con edad entre 18 y 65 años. 5: La cobertura de Muerte accidental está incluida para aquellos integrantes con edad entre 12 y 65 años. 6: La cobertura de Incapacidad está incluida para aquellos integrantes con edad 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 Nombre completo: | | | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | Parentesco: | | | | |
| Fecha de nacimiento: día / mes /año | S | exo: F | F()M() Peso k | gs. Estatura Mts. | | | | |

Parentesco:

Parentesco:

RFC:

(empleado no se toma como ocupación)

Nombre del beneficiario 1:

Nombre del beneficiario 2:

letras /año / mes /día / homoclave

Participación:

Participación:

CURP:

Solo personas físicas

| ② Nombre completo: | | | | | Parentesco: | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|-------------|---------|----------------|------------|--|--|
| Fecha de nacimiento: día / mes / año | Sexo: | F() M() | Peso | kgs. | Estatura | Mts. | | |
| Ocupación: | | RFC: | | | CURP: | | | |
| (empleado no se toma como ocupa | ación) | | /mes/día/ho | moclave | Solo persona | as físicas | | |
| Nombre del beneficiario 1: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Nombre del beneficiario 2: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| ③ Nombre completo: | | | | | Parentesco: | | | |
| Fecha de nacimiento: día / mes / año | | F()M() | Peso | kgs. | Estatura | Mts. | | |
| Ocupación: | | RFC: | | | CURP: | | | |
| (empleado no se toma como ocupa | acion) | | /mes/día/ho | moclave | Solo person | as físicas | | |
| Nombre del beneficiario 1: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Nombre del beneficiario 2: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| 4 Nombre completo: | | | T | | Parentesco: | | | |
| Fecha de nacimiento: día mes año | Sexo: | F()M() | Peso | kgs. | Estatura | Mts. | | |
| Ocupación: | | RFC: | | | CURP: | | | |
| (empleado no se toma como ocupa | ación) | | /mes/día/ho | moclave | Solo persona | as físicas | | |
| Nombre del beneficiario 1: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Nombre del beneficiario 2: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| ⑤ Nombre completo: | | | Т | | Parentesco: | | | |
| Fecha de nacimiento: día mes año | | F()M() | Peso | kgs. | Estatura | Mts. | | |
| Ocupación: | | RFC: | / / / / / / | | CURP: | | | |
| (empleado no se toma como ocupa | acion) | | /mes/día/ho | moclave | Solo persona | as físicas | | |
| Nombre del beneficiario 1: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Nombre del beneficiario 2: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| ⑥ Nombre completo: | | | T | | Parentesco: | | | |
| Fecha de nacimiento: día mes año | | F() M() | Peso | kgs. | Estatura | Mts. | | |
| Ocupación: | | RFC: | / / / / / / | | CURP: | | | |
| (empleado no se toma como ocupa | acion) | | /mes/día/ho | moclave | Solo person | as físicas | | |
| Nombre del beneficiario 1: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Nombre del beneficiario 2: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Nombre completo: | | | T | | Parentesco: | | | |
| Fecha de nacimiento: día mes año | | F()M() | Peso | kgs. | Estatura | Mts. | | |
| Ocupación: | | RFC: | | | CURP: | | | |
| (empleado no se toma como ocupa | ación) | | /mes/día/ho | moclave | Solo persona | as físicas | | |
| Nombre del beneficiario 1: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Nombre del beneficiario 2: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| 8 Nombre completo: | | | T | | Parentesco: | | | |
| Fecha de nacimiento: día mes año | Sexo: | . , , , | Peso | kgs. | Estatura | Mts. | | |
| Ocupación: RFC: CURP: | | | | | | | | |
| (empleado no se toma como ocupación) letras /año / mes /día / homoclave Solo personas físicas | | | | | | | | |
| Nombre del beneficiario 1: Parentesco: Participación: | | | | | | | | |
| Nombre del beneficiario 2: | | Parentesco: | | | Participación: | | | |
| Advertencia: En el caso de que se de | see no | mbrar como | beneficiari | os a me | nores de edad | no se debe | | |

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 Tepeyac, 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".

| | | TITULAR | | | | DEPENDIENTES | | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| | | 1 2 | | | 3 4 5 | | | | | D | 6 | | |
| | | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| 1 | Indicar lo siguiente: | | | | | | | | | | | | |
| a. | ¿Fuma actualmente? | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| b. | ¿Ha fumado? | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| C. | ¿Nunca ha fumado? | 0 | \circ | \circ | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| d. | ¿Número de cigarros diarios que fuma o ha fumado? | | | | | | | | | | | | |
| e. | ¿Años que tiene fumando o ha fumado? | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ¿Realiza actividad física o deportiva? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? | | | | | | | | | | | | |
| a. | Infarto cerebral o hemorragia cerebral | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| b. | De los ojos. | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| C. | Del corazón. | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| d. | De los pulmones. | 0 | \circ | \circ | 0 | 0 | \circ | \circ | 0 | \circ | \circ | 0 | \circ |
| e. | De los riñones. | 0 | \circ | \circ | 0 | 0 | \circ | 0 | \circ | \circ | \circ | 0 | 0 |
| f. | Del estómago e intestinos. | O | Ō | O | O | O | O | O | O | O | Ō | O | 0 |
| g. | De los músculos y huesos. | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | 0 | \circ |
| h. | Diabetes mellitus. | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | 0 | \circ | 0 | \circ | \circ | 0 | \circ |
| i. | Hipotiroidismo o Hipertiroidismo. | 0 | \circ | \circ | 0 | 0 | \circ | \circ | 0 | \circ | \circ | 0 | \circ |
| j. | Hipertensión arterial. | 0 | 0 | \circ | \circ | 0 | 0 | 0 | \circ | \circ | \circ | 0 | 0 |
| k. | Cáncer, linfoma o leucemia. | Ö | Ŏ | Ö | Ö | Ō | Ö | Ŏ | Ö | Ö | Ö | Ō | Ŏ |
| I. | De la columna vertebral. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | O | 0 |
| m. | De la vesícula biliar. | 0 | \circ | 0 | \circ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \circ | 0 | 0 |
| n. | De hígado. | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ |
| 0. | Cirrosis hepática. | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ |
| p. | Artritris. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \circ | \circ | 0 | 0 | \circ | 0 | \circ |
| q. | Lupus. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| r. | Ginecológicos. | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ |
| S. | Dematológicos. | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ |
| 4 | ¿Cuándo fué su última revisión médica? | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ¿Tiene o ha tenido algún problema al nacer que necesitará una intervención | | | | | | | | | | | | |
| | quirúrgica u hospitalización prolongada? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | $\overline{0}$ |
| 7 | Responder sólo si es un hombre con más de 50 años de edad: | | | | | | | | | | | | |
| a. | ¿Cuándo fue su último examen de próstata? | | | | | | | | | | | | |
| b. | Indica el resultado, ¿Anormal o Normal? | | | | | | | | | | | | |
| _ | Description of the sine continuous rate do OF effect de adapt | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Responder sólo si es mujer con más de 25 años de edad: ¿Cuándo fue su último papanicolau y/o colposcopia, | | | | | | | | | | | | |
| a. | mastografía y/o ultrasonido mamario? | | | | | | | | | | | | |
| b. | Indica el resultado, ¿Anormal o Normal? | | | | | | | | | | | | |
| υ. | maiod directalado, a fiormal o Normali. | - | | | | | | | | | | | |
| 9 | ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas? | | | | | | | | | | | | |
| a. | Tos frecuente. | 0 | \circ | \circ | 0 | 0 | \circ | 0 | 0 | 0 | \circ | 0 | 0 |
| b. | Escurrimiento nasal. | Õ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ö | Ŏ |
| C. | Flema matutina constante. | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ |
| d. | Su boca, manos pies y/o uñas se ponen moradas. | Ō | Ó | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ó | Ŏ |
| e. | Dolor opresivo de pecho. | Ô | \circ | Ö | Ö | Ō | Ö | Ö | Ö | Ō | Ö | Ō | Ō |
| f. | Dificultad para respirar al hacer esfuerzo. | Õ | Ō | Ŏ | Ŏ | Õ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ō | Ŏ | Ŏ |
| | | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | - | • | - | _ | |

| | CUESTIONARIO MÉDICO (Continuación) | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------|
| | | _ | | TIT | JLAR | | | | DEP | END | IEN | ΓES | | | |
| | | Preg | guntas | | 1 | (2 | $\overline{\mathbb{D}}$ | 3 | | (4 | | E | 5) | 6 | |
| | | | | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| 10 | ingles o testíc | culos? | aumento de volumen por hemia en su abdomen | , 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | | | de los siguientes síntomas? | | | _ | _ | _ | $\overline{}$ | _ | \sim | _ | _ | _ | |
| a. | • | | e que brinca su corazón. | O | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Ŏ |
| b. | | o en su tórax. | | \circ | | 0 | \circ | 0 | 0 | 0 | \circ | 0 | \circ | \circ | 0 |
| C. | | | eras, al caminar un poco o en reposo. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \square |
| 12 | | | e los siguientes síntomas? | | | \circ | \circ | \circ | \sim | \circ | \circ | \circ | \circ | | |
| a. | Desmayos fre | | _ | \circ | | \circ | 0 | 0 | \circ | 0 | 0 | 0 | 0 | \circ | 9 |
| b. | | el conocimiento | 0. | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C. | Se le paraliza | | | \sim | 00 | 0 | 00 | 0 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 0 |
| d. | | anormales del | | \circ | | \circ | \cup | O | \cup | \cup | \cup | \cup | \cup | \circ | \cup |
| e. | | | sueño durmiendo de día y estando | | | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | |
| 12 | despierto de l | | o los siguientes sístemas? | O | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | Ardor al orina | | e los siguientes síntomas? | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| a. b. | | ıı. ntrolada de la o | rina | Õ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ | ŏ |
| C. | | angre cuando | | $\tilde{\Box}$ | Ŏ | Ö | Ŏ | Õ | Ŏ | Ŏ | Ö | Ŏ | Ŏ | Ö | ŏ |
| 14 | | | e estos síntomas? | | | | | | | | | | | | - |
| a. | | | os se mueven o giran a su alrededor. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| b. | | | es de las manos o piernas. | Ŏ | _ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ |
| C. | | | ar o no puede pronunciar las cosas por su nombi | re. O | | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ | Ŏ |
| d. | | | e sueño duerme de día y está despierto de noche | _ | | Ō | Ŏ | Ō | Ŏ | Ö | Ŏ | Ō | Ŏ | Ō | Ŏ |
| 15 | | | e los siguientes síntomas? | · | | | | | | | | | | | |
| a. | | | es veces por semana sin causa. | 0 | 0 | \circ | \circ | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| b. | | el control de su | · | 0 | 0 | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | 0 |
| c. | Taquicardia. | | | 0 | 0 | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ | \circ |
| d. | Temblores. | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | ¿Tiene o ha t | tenido alguno d | e los siguientes síntomas? | _ | _ | _ | | | | _ | | _ | | _ | |
| a. | | | z, encías, moretones, manchas rojizas en piel. | 0 | _ | 0 | \circ | 0 | \circ | 0 | \circ | \circ | \circ | 0 | \circ |
| b. | | | a que moje la ropa. | Q | | 0 | Õ | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 0 | 8 |
| C. | | | ello, en axilas, en ingle u otras zonas. | | \cup | $\overline{}$ | 0 | \cup | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | $\overline{\mathcal{O}}$ | \bigcirc | $\overline{}$ | \bigcirc |
| 17 | | | e los siguientes síntomas? | | | | | | | _ | | | | | |
| a. | | | lares frecuentes. | \circ | \mathcal{O} | \circ | \odot | 0 | | 8 | \odot | \odot | \otimes | \odot | \otimes |
| b. | | es en sus man | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | $\overline{}$ | 0 | | \subseteq |
| | | | e los siguientes síntomas? | | | | | | | | | | | | |
| a. | | | su peso (subir o bajar más de 10 Kg), sin estar | | | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | \bigcirc | |
| h | | ieta o ejercicio. | no máo do la normal y orina mucho | | | Ö | 0 | 0 | \sim | \sim | 0 | \sim | \sim | 0 | 0 |
| 1 | | | ne más de lo normal y orina mucho. umen en su cuello. | | 0 | | Ö | 0 | \sim | Ŏ | \sim | Ŏ | Ö | 0 | 0 |
| C. | | enido alguna c | | $\overline{}$ | | $\frac{\circ}{\circ}$ | $\stackrel{\circ}{\sim}$ | $\frac{\circ}{\circ}$ | $\stackrel{\circ}{\sim}$ | | | | $\stackrel{\circ}{\sim}$ | | \exists |
| | Z TICHO O Ha t | criido alguria c | ii ugia : | \circ | 0 | \cup | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | \cup | 0 | |
| | AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Información: Indicar el nombre de la enfermedad ó accidente, fecha en que ocurrió, secuelas, estado | | | | | | | | | | | | | | |
| A | Asegurado | Pregunta | actual, si ameritó hospitalización y/o cirug tiempo, estudios realizados con fecha y re | ía, med | icame | entos | utiliz | zados | a q | ue d | osis y | y dur | rante | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

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 Tepeyac, 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 Tepeyac, S.A. los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedades y hábitos anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE Tepeyac, 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 Tepeyac 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

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

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.

| y los lie col | TODOTAGO. | | |
|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lugar y fecha: | | | |
| Manifiesto qu | e conozco y acepto lo establecido | en el aviso de privacidad de MAPFRE T | epeyac, S.A. |
| | | nombre y por cuenta propia o con las facu comercial provienen de actividades lícitas. | Itades suficientes que mi representado (a) me ha |
| Autorizo a MA electrónico | PFRE Tepeyac, S.A para entregarme | | contratación de este seguro al siguiente correo físico lo solicitaré a mi agente de seguros. |
| | 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 dia 21 de Marzo de 2017, con el número PPAQ-S0041-0023-2017.

Glosario : RFC: Registro Federal de Contribuyentes CP. Có

Kgs.: Kilogramos Mts.: Metros

CP. Código Postal F: Femenino

CURP: Clave única de Registro de Población

M: Masculino Núm. Número