

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

PLAN SOLICITADO											
Hospitalización familiar oro <b>HF Oro</b> ( )				Gastos médicos hospitalarios plus <b>GMH Plus</b> ( )				Alianza:			
Hospitalización familiar <b>HF</b> ( )				Gastos médicos hospitalarios <b>GMH</b> ( )							
Vigencia de:		día	mes	año	al:			día	mes	año	
Número de póliza actual:						Compañía:					

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE											
Persona física ( )						Persona moral ( )					
Razón social / nombre:											
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:					CP:				Estado:			
Correo electrónico:						Teléfono:			Número de serie de la firma electrónica			

DATOS LABORALES DEL TITULAR											
Ocupación:						Nombre de su puesto:					
(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 ( )			
Cuenta de cheques: ( ) / cuenta de débito: ( ) / tarjeta de crédito: ( )						Tipo de tarjeta (visa, mastercard, otra):					
Número de CLABE:						Número de cuenta de cheques o tarjeta de débito:					
Número de tarjeta de 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 Tepeyac, S.A., liberando al banco de cualquier responsabilidad.

CONDICIONES DE PÓLIZA SOLICITADA									
Cobertura básica:									
Suma asegurada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Coaseguro: _____ Tope de coaseguro: \$ _____									
¿Requiere reconocimiento de antigüedad? Si ( ) No ( )									
Cobertura Internacional (sólo opera para el plan HF Oro)									
Suma asegurada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Coaseguro: _____									
Total de asegurados (titular y dependientes económicos):									
Antigüedad en cobertura Internacional: Si ( ) No ( ) Desde: día mes año Zona de tarificación:									
Antigüedad en enfermedades catastróficas en el extranjero Si ( ) No ( ) Desde: día mes año									

COBERTURAS ADICIONALES															
(meditel, asistencia en viaje, ayuda de maternidad, dental básico y visión acceso fácil se encuentran incluidas.)															
Cobertura				Amparada Si No		Cobertura				Amparada Si No		Suma asegurada			
Deducible anual				<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Incremento de honorarios quirúrgicos:				<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Eliminación de deducible por accidente				<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Emergencia en el extranjero				<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Enfermedades catastróficas en el extranjero				<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Muerte accidental				<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Previsión MAPFRE				<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Pérdidas orgánicas				<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Maternidad				Suma asegurada: _____		Gastos de sepelio				<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Titular		Dependientes económicos				Indemnización por hospitalización:									
①		②		③		④		⑤		⑥		Salario diario:		Días de carencia:	
Si No		Si No		Si No		Si No		Si No		Si No					
<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"/>		\$ _____		_____	
Dental básico <input type="radio"/>		Dental estándar <input type="radio"/>		Dental plus <input type="radio"/>		Visión acceso fácil <input type="radio"/>		Visión standard <input type="radio"/>		Visión plus <input type="radio"/>					

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. Los campos de los beneficiarios sólo se llenarán cuando se contraten las coberturas de muerte accidental y/o gastos de sepelio.									

① Nombre completo										Parentesco:																													
Sexo: F ( ) M ( )										Peso kg.					Estatura m.					Nombre del beneficiario:																			
Fecha de nacimiento:										año mes día					Domicilio:																								
RFC del beneficiario:										letras año mes día homoclave					Parentesco:																								
CURP:										Sólo personas físicas					Participación %										Firma del titular														
② Nombre completo										Parentesco:																													
RFC:										letras año mes día homoclave					Fecha de nacimiento:					día mes año					Sexo: F ( ) M ( )					Peso: kg.					Estatura m.				
Ocupación:										(empleado no se toma como ocupación)										CURP:					Sólo personas físicas														
Descripción de actividades:																																							
Nombre del beneficiario:																				Fecha de nacimiento:					año mes día														
Domicilio:																																							
RFC del beneficiario:										letras año mes día homoclave					Parentesco:																								
CURP:										Sólo personas físicas					Participación %										Firma del dependiente económico														

③ Nombre completo															Parentesco:				
RFC:		letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:		día	mes	año	Sexo: F ( ) M ( )		Peso:	kg.	Estatura	m.		
Ocupación:												CURP:		Sólo personas físicas					
Descripción de actividades:																			
Nombre del beneficiario:															Fecha de nacimiento:		año	mes	día
Domicilio:																			
RFC del beneficiario:		letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:					Firma del dependiente económico							
CURP:		Sólo personas físicas					Participación											%	
④ Nombre completo															Parentesco:				
RFC:		letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:		día	mes	año	Sexo: F ( ) M ( )		Peso:	kg.	Estatura	m.		
Ocupación:												CURP:		Sólo personas físicas					
Descripción de actividades:																			
Nombre del beneficiario:															Fecha de nacimiento:		año	mes	día
Domicilio:																			
RFC del beneficiario:		letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:					Firma del dependiente económico							
CURP:		Sólo personas físicas					Participación											%	
⑤ Nombre completo															Parentesco:				
RFC:		letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:		día	mes	año	Sexo: F ( ) M ( )		Peso:	kg.	Estatura	m.		
Ocupación:												CURP:		Sólo personas físicas					
Descripción de actividades:																			
Nombre del beneficiario:															Fecha de nacimiento:		año	mes	día
Domicilio:																			
RFC del beneficiario:		letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:					Firma del dependiente económico							
CURP:		Sólo personas físicas					Participación											%	
⑥ Nombre completo															Parentesco:				
RFC:		letras	año	mes	día	homoclave	Fecha de nacimiento:		día	mes	año	Sexo: F ( ) M ( )		Peso:	kg.	Estatura	m.		
Ocupación:												CURP:		Sólo personas físicas					
Descripción de actividades:																			
Nombre del beneficiario:															Fecha de nacimiento:		año	mes	día
Domicilio:																			
RFC del beneficiario:		letras	año	mes	día	homoclave	Parentesco:					Firma del dependiente económico							
CURP:		Sólo personas físicas					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 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 debeneficiarios 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).

[illegible]

**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 que dosis y durante cuanto tiempo, estudios realizados con fecha y resultados además fecha de la última consulta.

**MÉDICO QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR**

Clave asegurado	Nombre	Teléfono	Domicilio

**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](http://www.mapfre.com.mx) en la sección de gastos médicos.

MAPFRE Tepeyac pone a su disposición la Unidad de Atención Integral donde le atenderán las 24 horas durante los 365 días del año en su dirección: Avenida Boulevard Magnocentro #5 Colonia Centro Urbano (Interlomas) Municipio San Fernando Huixquilucan CP 52760 Estado de México. Teléfono de atención: En el D.F. al 5230-7000 y dentro de la República Mexicana sin costo al 01-800-062-7373 o al correo electrónico [SolucionesMapfre@mapfre.com.mx](mailto:SolucionesMapfre@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 Tepeyac, 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 Tepeyac, S.A. para entregarme la documentación contractual relativa a la contratación de este seguro al siguiente correo electrónico \_\_\_\_\_. En caso de requerir un ejemplar en físico lo solicitaré a mi agente de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado titular

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del agente

**Glosario:** RFC: Registro Federal de Contribuyentes CP: Código Postal CURP: Clave Única de Registro de Población  
Kg.: Kilogramos m.: Metros F: Femenino M: Masculino

**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 22 de Marzo de 2016, con los números PPAQ-S0041-0029-2016 y PPAQ-S0041-0030-2016.**

## **Aviso de Privacidad**

MAPFRE TEPEYAC, S.A., ubicada en Av. Paseo de la Reforma 243, Colonia y Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, en México, D.F. 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 TEPEYAC, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.

