



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

SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO
Protección médica a tu medida

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:
Número de serie de la firma electrónica		

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

XXXXXXX

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

② Nombre completo:			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:

③ Nombre completo:			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:

④ Nombre completo:			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:

⑤ Nombre completo:			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:

⑥ Nombre completo:			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:

⑦ Nombre completo:			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:

⑧ Nombre completo:			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 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		⑥	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1	Indicar lo siguiente:												
a.	¿Fuma actualmente?	<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.	¿Ha fumado?	<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"/>
c.	¿Nunca ha fumado?	<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"/>
d.	¿Número de cigarros diarios que fuma o ha fumado?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
e.	¿Años que tiene fumando o ha fumado?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2	¿Realiza actividad física o deportiva?	<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	¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?												
a.	Infarto cerebral o hemorragia cerebral	<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.	De los ojos.	<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"/>
c.	Del corazón.	<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"/>
d.	De los pulmones.	<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"/>
e.	De los riñones.	<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"/>
f.	Del estómago e intestinos.	<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"/>
g.	De los músculos y huesos.	<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"/>
h.	Diabetes mellitus.	<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"/>
i.	Hipotiroidismo o Hipertiroidismo.	<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"/>
j.	Hipertensión arterial.	<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"/>
k.	Cáncer, linfoma o leucemia.	<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"/>
l.	De la columna vertebral.	<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"/>
m.	De la vesícula biliar.	<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"/>
n.	De hígado.	<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"/>
o.	Cirrosis hepática.	<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"/>
p.	Artritis.	<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"/>
q.	Lupus.	<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"/>
r.	Ginecológicos.	<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"/>
s.	Dermatológicos.	<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	¿Cuándo fué su última revisión médica?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5	¿Tiene o ha tenido algún problema al nacer que necesitará una intervención quirúrgica u hospitalización prolongada?	<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	¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> </								

[illegible]

AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

[illegible]

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.

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

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 21 de Marzo de 2017, con el número PPAQ-S0041-0023-2017.

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