

Folio número

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				HF Oro ()				Gastos médicos hospitalarios plus				GMH Plus ()				Alianza:							
Hospitalización familiar				HF ()				Gastos médicos hospitalarios				GMH ()											
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:						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					
RFC:		letras		año		mes		día		homoclave		CURP:		Sólo personas físicas				Estado civil:					
País de nacimiento:								Nacionalidad:				Número de serie de la firma electrónica											
Domicilio:								Colonia:															
Municipio o delegación:						CP:				Estado:													
E-mail:								Teléfono:															
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: () / 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:				2do. apellido:															
Fecha sugerida de pago (especifique día de pago):								Vencimiento:															
CONDICIÓN 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		Suma asegurada		Amparada Si No		Cobertura		Suma asegurada		Amparada Si No													
Incremento de honorarios quirúrgicos:				☐ ☐		Previsión MAPFRE Tepeyac				☐ ☐													
Eliminación de deducible por accidente				☐ ☐		Muerte accidental				☐ ☐													
Emergencia en el extranjero				☐ ☐		Pérdidas orgánicas				☐ ☐													
Enfermedades catastróficas en el extranjero				☐ ☐		Gastos de sepelio				☐ ☐													
Maternidad				☐ ☐		TITULAR		DEPENDIENTES ECONÓMICOS															
Indemnización por hospitalización:		Salario diario: \$		Días de carencia:		①		②		③		④		⑤		⑥							
						Si No		Si No		Si No		Si No		Si No		Si No							
						☐ ☐		☐ ☐		☐ ☐		☐ ☐		☐ ☐		☐ ☐							
Dental básico ☐		Dental estándar ☐		Dental plus ☐		Visión acceso fácil ☐		Visión standard ☐		Visión plus ☐													

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:										(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									

④ 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									

⑤ 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									

⑥ 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									

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).

Preguntas	TITULAR		DEPENDIENTES ECONÓMICOS									
	①		②		③		④		⑤		⑥	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. Favor de indicar si alguno de sus familiares (abuelos, padres o hermanos) padece o padeció alguna enfermedad de importancia. (Ejemplo: diabetes, hipertensión, cáncer, etc.) Indicar parentesco y nombre de la enfermedad:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 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:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Favor de indicar si utilizan o han utilizado drogas o algún estimulante. Indicar tipo, cantidad, frecuencia y fecha del último consumo:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Favor de indicar si les han practicado estudios de laboratorio, rayos X, ultrasonido, electrocardiograma, o algún otro en los últimos 2 años. Indicar cuál fue el resultado y fecha de elaboración:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Favor de indicar si les han practicado o tiene pendiente algún tratamiento quirúrgico (incluyendo cesárea). Indicar de qué tipo y fecha de cada una:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Favor de indicar si están actualmente bajo algún tratamiento (inyectado, tomado, etc.) Indicar cuál y frecuencia:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Favor de indicar si padece o han padecido alguna enfermedad: a) Neurológica y/o cerebral. Ejemplo: epilepsia o convulsiones, esclerosis, embolia, trombosis, hemorragia cerebral y/o trastornos psiquiátricos, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b)Cardiovascular. Ejemplo: hipertensión, infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca o circulatoria, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Respiratoria. Ejemplo: sinusitis, asma, enfisema pulmonar, infartos pulmonares, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Gastrointestinal o endocrina. Ejemplo: gastritis, úlcera gástrica, coleditiasis, pancreatitis, colitis, hernias, diabetes mellitus, tiroides, hepatitis, cirrosis, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Osteomioarticular. Ejemplo: columna vertebral, artritis, fracturas o luxaciones, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Genitourinaria. Ejemplo: piedras en el riñón, trastornos de la próstata, insuficiencia renal, gonorrea, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Otras enfermedades. Ejemplo: SIDA, tuberculosis, nefritis, nefrosis, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Favor de indicar si tiene o han tenido cáncer o tumores (benignos o malignos). Indicar cuál, fecha de inicio y estado actual:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Favor de indicar si tiene o han tenido alguna alteración auditiva y/o visual. Indicar cuál y fecha de inicio:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Favor de indicar si utilizan alguna prótesis y/o padecen alguna enfermedad congénita (de nacimiento). Indicar de qué tipo:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Favor de indicar si tiene o han tenido alguna enfermedad ginecológica y/o está embarazada. Ejemplo: ovarios, útero, mama, etc. Indicar cuál y fecha de inicio:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Favor de indicar si practican algún deporte o afición. Indicar cuál, frecuencia, si es amateur o profesional:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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.

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.

Firma del titular

Firma del contratante

Firma del agente

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 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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-S0041-0022-2014 de fecha 16 de abril de 2014.

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, 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 TEPEYAC, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.

