

--

Las declaraciones de la presente solicitud (Datos del asegurado, ocupación, respuestas del cuestionario médico, etc.) deberán coincidir fielmente con las declaraciones realizadas al momento de emitir la póliza a través del portal de ZonAliados o cualquier mecanismo de emisión con que disponga la compañía. En caso de que se detecten inconsistencias entre ambas solicitudes, la compañía podrá suspender de manera temporal o definitiva la clave del agente por malas prácticas. Para efectos del contrato de seguro, prevalecerá la solicitud digital que se genera con base en lo declarado a través del portal.

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

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	Combo: Tu protección Dental Visión Enlace Maternidad ¹ Previsión ²	Opción <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 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	Atención nacional total Reducción de deducible por accidente	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si _____
Combo: Tu atención alternativa Homeopatía, quiropráctica y acupuntura Psiquiatra y psicólogo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	Combo: Tu soporte asistencial Hogar Funeraria	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
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	Suma asegurada <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 _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si _____
Otras (Especificar):		Combo: Tu soporte asistencial Hospitalización Incapacidad ⁶	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Renta: \$ _____ Dias de Carencia _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Renta: \$ _____ Dias de Carencia _____

Notas:

- 1: La edad de contratación de la cobertura de Maternidad para mujeres entre 18 y 40 años.
- 2: La edad de contratación de la cobertura de Previsión es de entre 18 y 65 años.
- 3: La edad de contratación de la cobertura de Mujer para mujeres entre 18 y 65 años.
- 4: La edad de contratación de la cobertura de Hombres para hombres entre 18 y 65 años.
- 5: La edad de contratación de la cobertura de Muerte accidental es de entre 12 y 65 años.
- 6: La edad de contratación de la cobertura de Incapacidad es de entre 18 y 65 años.
- 7: La edad de contratación de la cobertura de Hospitalización es de 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 México, 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	
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"/>	
b. ¿Ha fumado en el pasado y actualmente lo ha dejado de forma permanente?	<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? En caso de que nunca haya probado un cigarro, responder "Si", en caso de que alguna vez haya fumado en su vida, responder "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"/>	
d. ¿Número de cigarros diarios que fuma o ha fumado?	_____		_____		_____		_____		_____		
e. ¿Años que tiene fumando o ha fumado?	_____		_____		_____		_____		_____		
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, hemorragia cerebral, infarto al miocardio, enfermedad isquémica del corazón, fibrosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva, hepatitis A, insuficiencia hepática, cirrosis hepática, VIH, SIDA y/o 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"/>	
b. Trastornos y/o anomalías genéticas, cromosómicas, neurológicas y/o de desarrollo como Síndrome de Down, distrofia muscular, síndrome de Asperger, trastorno de espectro autista.	<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. Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades de la columna vertebral, insuficiencia renal crónica, cualquier tipo de cáncer, tumor maligno y/o linfoma en cualquier etapa.	<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. Asma.	<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. Cualquier tipo de hernia.	<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. Cualquier enfermedad del estómago y/o de los intestinos donde se haya tenido alguna intervención y/o algún procedimiento quirúrgico.	<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. Osteoporosis.	<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. Cualquier padecimiento de rodilla.	<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.	<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. 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"/>	
k. Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares	<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. Artritis y/o Artrosis	<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. Tumores, quistes y/o miomas mamarios	<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. Tumores, quistes y/o miomas de útero y/o de ovario	<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. Hepatitis B o Hepatitis C	<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. Cualquier enfermedad del páncreas	<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. Neumonía	<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?											
_____		_____		_____		_____		_____		_____	
5 ¿Tiene o ha tenido algún problema al nacer que necesitará una intervención quirúrgica y/u hospitalización mayor a 3 días y/o se detectó algún problema al nacer mediante pruebas de laboratorio y/o gabinete?											
<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 diferentes a las que se han preguntado previamente como Virus del Papiloma Humano, sífilis, gonorrea o herpes?											
<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"/>
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?	_____		_____		_____		_____		_____		
8 Responder sólo si es mujer con más de 25 años de edad:											
a. ¿Cuándo fue su último papanicolau y/o colposcopia, mastografía y/o ultrasonido mamario?	_____		_____		_____		_____		_____		
b. Indica el resultado, ¿Anormal o Normal?	_____		_____		_____		_____		_____		

CUESTIONARIO MÉDICO (Continuación)

Preguntas	TITULAR		DEPENDIENTES											
			①		②		③		④		⑤		⑥	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
9 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. Tos frecuente.	<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"/>
b. Escurrimiento nasal.	<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"/>
c. Flema matutina constante.	<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"/>
d. Su boca, manos pies y/o uñas se ponen moradas.	<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"/>
e. Dolor opresivo de pecho.	<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"/>
f. Dificultad para respirar al hacer esfuerzo.	<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"/>
10 ¿Presenta o ha presentado aumento de volumen por hernia en su abdomen, ingles o testículos?	<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"/>
11 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. Palpitaciones o sensación de que brinca su 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dolor opresivo en su tórax.	<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"/>
c. Le falta el aire al subir escaleras, al caminar un poco o en reposo.	<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"/>
12 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. Desmayos frecuentes.	<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"/>
b. Pierde usted el conocimiento.	<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"/>
c. Se le paraliza el cuerpo.	<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"/>
d. Movimientos anormales del cuerpo.	<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"/>
13 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. Ardor al orinar.	<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"/>
b. Pérdida incontrolada de la orina.	<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"/>
c. Color rojo o sangre cuando orina .	<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"/>
14 ¿Tiene o ha tenido alguno de estos síntomas?														
a. Sensación de que los objetos se mueven o giran a su alrededor.	<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"/>
b. Tiene movimientos anormales de las manos o piernas.	<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"/>
c. Arrastra la lengua para hablar o no puede pronunciar las cosas por su nombre.	<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"/>
15 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. Llanto fácil o llora más de tres veces por semana sin causa.	<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"/>
b. Pierde usted el control de sus emociones.	<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"/>
c. Taquicardia.	<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"/>
d. Temblores.	<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"/>
16 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. Sangrado frecuente de nariz, encías, moretones, manchas rojizas en piel.	<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"/>
b. Fiebre o sudoración nocturna que moje la ropa.	<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"/>
c. Algún bulto o masa en el cuello, en axilas, en ingle u otras zonas.	<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"/>
17 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. Dolores musculares o articulares frecuentes.	<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"/>
b. Deformaciones en sus manos o piernas.	<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"/>
18 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?														
a. En el último año ha variado su peso (subir o bajar más de 10 Kg), sin estar asociado a dieta o ejercicio.	<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"/>
b. Tiene usted mucha sed, come más de lo normal y orina mucho.	<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"/>
c. Tiene usted aumento de volumen en su cuello.	<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"/>
19 Favor de indicar si alguna vez has estado hospitalizado para recibir tratamiento por SARS-COV2 (COVID-19).	<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"/>
20 Favor de indicar si alguna vez has estado contagiado por SARS-COV2 COVID-19 sin requerir hospitalización.	<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"/>
21 ¿Ha requerido de alguna cirugía, tratamiento médico, hospitalización o ha tenido algún padecimiento distinto a los indicados anteriormente?.	<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"/>

AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

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.

Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8, 47 y 49 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.

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 México, S.A. 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.

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.

FIRMA

Firma del asegurado titular

Firma del contratante

Firma del agente

Aviso de Privacidad

MAPFRE México, S.A., ubicada 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.