



MAPFRE México, S.A.
Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, C.P 03800 México, Ciudad de
México. Teléfono: (55) 5230700

Solicitud No. _____

Fecha _____

Solicitud de Seguro Básico de Accidentes Personales

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras ó falta alguno de los datos solicitados.

AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (Debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten darán a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del Solicitante

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
------------	------------------	------------------

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año

Sexo

M ☐

H ☐

Edad Estado Civil

--	--

Nacionalidad

--

Ciudad y Estado de Nacimiento

Datos Laborales

Nombra de la Empresa donde trabaja		R.F.C. con Homoclave		CURP	
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores			Giro de la Empresa	
Domicilio del lugar de trabajo					
Alguna otra ocupación	Describa en qué consisten sus labores			Empresa en la que desempeña su labor	

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior		Colonia		Ciudad o Población	
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	Teléfono Particular	Teléfono Oficina	Correo Electrónico		

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al solicitante)

Nombre completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social: Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)::
--	------------------	--------------

Relación con el Solicitante:

R.F.C con Homoclave:	CURP:	Nacionalidad:	Sexo: M ☐ H ☐	Correo Electrónico	Teléfono Particular
----------------------	-------	---------------	---	--------------------	---------------------

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número interior:		Colonia:	
Delegación o Municipio:	Ciudad o Población:			Estado:	Código Postal

DATOS DEL PLAN

Seguro Básico Accidentes Personales	Suma Asegurada (Moneda Nacional) Elegir sólo una opción	Forma de Pago:
	100,000 () 200,000 ()	ANUAL



MAPFRE México, S.A.
Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, C.P 03800 México, Ciudad de
México. Teléfono: (55) 5230700

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar 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 presentación cobre la indemnización.
Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe 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.

Nombre(s) del(os) Beneficiario(s):	Parentesco (para efectos de Identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES

¿Está solicitando o han solicitado seguros en otra compañía?	SI()	NO()	Compañía:	Suma Asegurada:
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud?	SI()	NO()	En caso afirmativo ¿Por qué motivo?	
Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a MAPFRE México, S.A. aun cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE México, S.A. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a MAPFRE México, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez MAPFRE México, S.A. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA (De acuerdo al conducto de venta)

“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 CNSF-S0041-0368-2009 de fecha 21/08/2009”.