

SOLICITUD DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

Avenida Revolución #507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800 Tel. 5230 7000

Esta solicitud debe llenarla el solicitante, no se debe presentar con tachaduras, enmendaduras ni omitir algún dato de los solicitados. No. Folio: Días de vigencia: Vigencia del hasta аа **PLAN SOLICITADO** Individual O Vacacional Deportes Extremos Universitario O Deporte Profesional O Corto Plazo O Del Trabajo O Del Estudiante Trabajo Industrial Infantil Vacacional Individual Paquete: [1 Vacacional Familiar O Viajes de Trabajo Deporte Amateur **DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE** Razón Social/Nombre: Sexo: M () Fecha de nacimiento: F () Estado civil: m m R.F.C.: C.U.R.P.: Número: Colonia: C.P.: Calle: Ciudad/Población: Municipio/Delegación: Estado: Giro/Actividad: Ingreso diario: Ocupación: Correo electrónico: Teléfono: DATOS GENERALES DEL TITULAR (Llenar este apartado en caso de ser diferente el contratante al titular) Nombre: Sexo: M () F () Fecha de nacimiento: Estado civil: dd mm aa R.F.C.: C.U.R.P.: C.P.: Calle: Número: Colonia: Municipio/Delegación: Ciudad/Población: Estado: Relación con el contratante: Ingreso diario: Ocupación: Correo electrónico: Teléfono: **DATOS COMERCIALES** Mensual () Forma de pago: Contado Semestral Trimestral Medio de pago: Cuenta de cheques O Cuenta de débito Tarieta de crédito Tipo de tarjeta(VISA,etc.): No. de cuenta de cheques o débito: Cuenta CLABE: No. de tarjeta de crédito: Banco: Código de seguridad: 2do. Apellido Nombre(s): 1er. Apellido Fecha de vencimiento: Fecha sugerida de pago: Clave: División: Agente: **COBERTURAS** Beneficio adicional Cobertura Suma Asegurada Concepto 1. Muerte Accidental \$ Si () No() \$ 2. Gastos de Sepelio 3. Pérdidas Orgánicas \$ Escala (Si () No() 4. Reembolso de Gastos Médicos \$ Deducible (\$ 5. Indemnización Diaria por Incapacidad \$ Carencia días) 6. Renta Diaria por Hospitalización \$ Carencia (días) \$ 7. Quemaduras Graves 8. Fractura de Hueso \$ Si () No() 9. Meditel Amparada 10. Asistencia en Viaje Amparada

OCUPACIÓN							
1. Nombre del puesto: Especifique en qué consiste:							
2. Qué tipo de máquinas, herramientas, sustar	ncias o veh	ículos utiliza:					
3. Requiere licencia:Si O No O Fecha de e							
4. Requiere viajar: Si O No O Tipo de tra				_			
5. No. de viajes que realiza al año:							
6. En qué lugar desempeña su actividad: Oficir							
		S DEPORTIV					
7. Realiza actividades deportivas: Si O No O Con qué frecuencia:							
8. Qué deportes practica:							
9. Maneja motocicleta o vehículos similares: S			-	ancia			
	HÁ		<u>'</u>				
10. Ingiere bebidas alcohólicas: Si ○ No ○			s Frecue	encia:			
11. Fuma o ha fumado: Si O NoO				encia:			
、12. Usa o usó drogas o estimulantes: Si ○ N				encia:			
		ARIO MÉDIC					
13. Tiene alguna limitación física como consecuencia de un accident∈Si ○ No ○ Especifíque:							
14. Padece o ha padecido: a. Accidentes e							
b. Quemaduras: Si No C c. Fracturas: Si No C			nd ósea o articu	<u> </u>			
)	g. Epilepsia: h. Vértigo:		Si			
e. Embolia cerebral: Si O No C)	i. Somnolend	cia:	Si No O			
15. Peso: kgrs. 16. Estatura:		nts.					
		Duración		Estado actual			
# regund radedimento rec	ona de imor	Duracion		Listado actual			
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 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 clinicas 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 despues de mi fallecimiento. Para tal efecto revelo a estas personas del secreto profesional del caso. 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 01 de Febrero de 2013 con el número							
CNSF-S0041-0049-2013/CONDUSEF-002027-02. DEPENDIENTES ECONÓMICOS Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS							
	OMICOS	DESIGNAC	ION DE BENE				
1. Nombre completo:		_		Parentesco:			
Fecha de nacimiento: $\frac{1}{d} \frac{1}{d} \frac{1}{m} \frac{1}{m} \frac{1}{a} = \frac{1}{a}$ Sexo:	M () F	. 0	Estado civil:				
Peso: kgrs. Estatura: mts.							
R.F.C.:	C.U.R.P.:						
Ocupación: Nombre del beneficiario:	Descripcion	de actividade	s: 				
R.F.C. del beneficiario:	Parentes						
C.U.R.P.:		Participación:	%	Firma del dependiente			
2. Nombre completo:				Parentesco:			
Fecha de nacimiento: $\frac{1}{d} \frac{1}{d} \frac{1}{m} \frac{1}{m} \frac{1}{a} \frac{1}{a}$ Sexo:	M () F	. 0	Estado civil:	<u></u>			
Peso: kgrs. Estatura: mts.							
R.F.C.:	C.U.R.P.:						
Ocupación: Descripción de actividades:							
Nombre del beneficiario: R.F.C. del beneficiario: Parentesco:							
C.U.R.P.:		Participación:	%	Firma del dependiente			

				_
3. Nombre completo:		•	Parentesco:	
Fecha de nacimiento: $\frac{1}{d} \frac{1}{m} \frac{1}{m} \frac{1}{a}$ Sexo:	M O F O	Estado civil:		
Peso:kgrs. Estatura:mts.				
R.F.C.:	C.U.R.P.:			
Ocupación:	Descripción de actividade	es:		
Nombre del beneficiario:				
R.F.C. del beneficiario:	Parentesco:			
C.U.R.P.:	Participación	: %	Firma del dependiente	
4. Nombre completo:			Parentesco:	\geq
Fecha de nacimiento: d d d m m a a Sexo:	M O F O	Estado civil:		
Peso:kgrs. Estatura:mts.				
R.F.C.:	C.U.R.P.:			
Ocupación:	Descripción de actividade	es:		
Nombre del beneficiario:				
R.FC. del beneficiario:	Parentesco:			
C.U.R.P.:	Participación	: %	Firma del dependiente	
5. Nombre completo:	•		Parentesco:	
Fecha de nacimiento: $\frac{1}{d} \frac{1}{m} \frac{1}{m} \frac{1}{a}$ Sexo:	M O F O	Estado civil:		
Peso:kgrs. Estatura:mts.				
R.F.C.:	C.U.R.P.:			
Ocupación:	Descripción de actividade	es:		
Nombre del beneficiario:				
R.F.C. del beneficiario:	Parentesco:			
C.U.R.P.:	Participación	: %	Firma del dependiente	
El beneficiario designado en la presente solicitud como consecuendo	cia del fallecimiento del asegur	ado, cobrará cualquie	•	ira
de este seguro. Advertencias: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edac en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, princondicionado de disponer de la suma asegurada.	is legislaciones civiles previene le seguro como el instrumento a durante la minoría de edad de	n la forma en que se d adecuado para tales d ellos, legalmente pued	debe designar tutores, albaceas, representant esignaciones. La designación que se hiciera le implicar que se nombra beneficiario al may	es de /or
Autorizo a MAPFRE México, S.A., a tratar y, en su caso, trans vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.				
En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrir he proporcionado tales datos a la MAPFRE México, S.A., y a hace Privacidad.		_		
Lugar y fecha:		<u> </u>		
Firma del titular		Firm	a del agente	

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**