

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.

Vigencia del / / hasta / / d d m m a a d d m m a a	Días de vigencia:	No. Folio:
---	-------------------	------------

PLAN SOLICITADO			
☐ Individual	☐ Vacacional Deportes Extremos	☐ Universitario	☐ Deporte Profesional
☐ Corto Plazo	☐ Del Trabajo	☐ Del Estudiante	
☐ Vacacional Individual	☐ Trabajo Industrial	☐ Infantil	Paquete: []
☐ Vacacional Familiar	☐ Viajes de Trabajo	☐ Deporte Amateur	

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE			
Razón Social/Nombre:			
Fecha de nacimiento: / / d d m m a a	Sexo: M ☐ F ☐	Estado civil:	
R.F.C.:		C.U.R.P.:	
Calle:	Número:	Colonia:	C.P.:
Municipio/Delegación:		Ciudad/Población:	Estado:
Giro/Actividad:		Ocupación:	Ingreso diario:
Correo electrónico:			Teléfono:

DATOS GENERALES DEL TITULAR (Llenar este apartado en caso de ser diferente el contratante al titular)			
Nombre:			
Fecha de nacimiento: / / d d m m a a	Sexo: M ☐ F ☐	Estado civil:	
R.F.C.:		C.U.R.P.:	
Calle:	Número:	Colonia:	C.P.:
Municipio/Delegación:		Ciudad/Población:	Estado:
Ocupación:	Relación con el contratante:	Ingreso diario:	
Correo electrónico:			Teléfono:

DATOS COMERCIALES			
Forma de pago: Contado ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐			
Medio de pago: Cuenta de cheques ☐ Cuenta de débito ☐ Tarjeta 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:
Nombre(s):		1er. Apellido	2do. Apellido
Fecha de vencimiento:		Fecha sugerida de pago:	
Agente:		Clave:	División:

COBERTURAS			
Cobertura	Suma Asegurada	Concepto	Beneficio adicional
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, sustancias o vehículos utiliza: _____
3. Requiere licencia: Si ☐ No ☐ Fecha de expiración: _____ Requiere certificado médico: Si ☐ No ☐
4. Requiere viajar: Si ☐ No ☐ Tipo de transporte: _____ Viaja al extranjero: Si ☐ No ☐
5. No. de viajes que realiza al año: _____ Trabaja en la alturas: Si ☐ No ☐ Altura promedio: _____ mts.
6. En qué lugar desempeña su actividad: Oficina ☐ Fábrica ☐ Taller ☐ En la calle ☐ Otro: _____

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

7. Realiza actividades deportivas: Si ☐ No ☐ Con qué frecuencia: _____
8. Qué deportes practica: _____ Con qué frecuencia: _____
9. Maneja motocicleta o vehículos similares: Si ☐ No ☐ Con qué frecuencia: _____

HÁBITOS

10. Ingiere bebidas alcohólicas: Si ☐ No ☐ Cantidad: _____ copas Frecuencia: _____
11. Fuma o ha fumado: Si ☐ No ☐ Cantidad: _____ cigarros Frecuencia: _____
12. Usa o usó drogas o estimulantes: Si ☐ No ☐ Cuál: _____ Frecuencia: _____

CUESTIONARIO MÉDICO

13. Tiene alguna limitación física como consecuencia de un accidente Si ☐ No ☐ Especifique: _____
14. Padece o ha padecido:
- | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| a. Accidentes en los últimos 90 días: | Si ☐ No ☐ | f. Enfermedad ósea o articular: | Si ☐ No ☐ |
| b. Quemaduras: | Si ☐ No ☐ | g. Epilepsia: | Si ☐ No ☐ |
| c. Fracturas: | Si ☐ No ☐ | h. Vértigo: | Si ☐ No ☐ |
| d. Enfermedad cardíaca: | Si ☐ No ☐ | i. Somnolencia: | Si ☐ No ☐ |
| e. Embolia cerebral: | Si ☐ No ☐ | | |
15. Peso: _____ kgrs. 16. Estatura: _____ mts.

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS

#Pregunta	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado 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 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 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

1. Nombre completo: _____		Parentesco: _____	
Fecha de nacimiento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Sexo: M ☐ F ☐	Estado civil: _____	
Peso: _____ kgrs.	Estatura: _____ mts.		
R.F.C.: _____	C.U.R.P.: _____		
Ocupación: _____	Descripción de actividades: _____		
Nombre del beneficiario: _____		Firma del dependiente	
R.F.C. del beneficiario: _____	Parentesco: _____		
C.U.R.P.: _____	Participación: _____ %		
2. Nombre completo: _____		Parentesco: _____	
Fecha de nacimiento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Sexo: M ☐ F ☐	Estado civil: _____	
Peso: _____ kgrs.	Estatura: _____ mts.		
R.F.C.: _____	C.U.R.P.: _____		
Ocupación: _____	Descripción de actividades: _____		
Nombre del beneficiario: _____		Firma del dependiente	
R.F.C. del beneficiario: _____	Parentesco: _____		
C.U.R.P.: _____	Participación: _____ %		

