

Folio No.

Trámite Vía: Ventanilla () SI24 ()

Esta solicitud debe llenarla el solicitante de su puño y letra y no será válida si se presenta con tachaduras o se ha omitido algún dato de los solicitados

PLAN SOLICITADO

Hospitalización Familiar Oro	HF ORO ()	Gastos Médicos y Hospitalarios Plus	GMH PLUS ()	Alianza:
Hospitalización Familiar	HF ()	Gastos Médicos y Hospitalarios	GMH ()	Nombre:
VIGENCIA De:	dd / mm / aaaa	A:	dd / mm / aaaa	Requiere Reconocimiento de antigüedad? SI () NO ()
Número de póliza actual:	COMPAÑIA:			

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Razón Social / Nombre:			
R.F.C.:		Giro:	CURP:
Ingresos Anuales:		Otros Ingresos:	Tel:
Domicilio:			Colonia:
Estado:			Firma
C.P.:	E-mail:		
Municipio o Delegación:			

DATOS GENERALES DEL TITULAR (En caso de ser diferente al contratante anotar nexo)

Nombre:			R.F.C.:
Relación con el contratante:		CURP:	Estado Civil:
Ingresos Anuales:		Otros Ingresos:	Ingresos Cónyuge:
Domicilio:			Colonia:
C.P.:	Estado:		Tel:
Municipio o Delegación:			E-mail:

DATOS COMERCIALES

Forma de Pago:			
Anual () Semestral () Trimestral () Mensual ()			
Cta. de Cheques:	Nombre:	Banco:	Nº CLABE o Tarj. De Débito:
Tarjeta de Crédito:	Banco:	Nº de Tarjeta:	Vencimiento:
Agente:		Clave:	División:

CONDICIONES DE PÓLIZAS SOLICITADAS

Cobertura G.M.M.:			
Suma Asegurada: \$ _____ Deducible: Nacional: _____ Internacional: _____ (Sólo opera para HF Oro)			
Coaseguro:	Tope de Coaseguro:	Total de Asegurados (titular y dependientes económicos):	Antigüedad en Cobertura Internacional: (Si) (No)

COBERTURAS ADICIONALES (Los servicios de Meditel y Asistencia en Viaje se otorgan sin costo)

Cobertura	Suma Asegurada	TITULAR		DEPENDIENTES					
		1	2	3	4	5	6	7	
		Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	
Emergencia en el Extranjero		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Muerte Accidental		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Pérdidas Orgánicas		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Gastos de Sepelio		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Maternidad		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Enfermedades Catastróficas en el Extranjero		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Indemnización por Hospitalización		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Incremento de Honorarios Quirúrgicos %		() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
Previsión Mapfre Tepeyac		() ()	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	

DATOS DEL TITULAR Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Aplica para las coberturas de Muerte Accidental y Gastos de Sepelio)

Para efectos de identificación de asegurados la clave ❶ será para el titular, ❷ cónyuge y del ❸ al ❷ dependientes económicos, manteniendo siempre el orden inicial.
Nota: Si tiene 2 ó más beneficiarios, favor de anotarlo en forma separada.

1 Nombre Completo:						Parentesco:
R.F.C.:	Fecha de Nacimiento dd / mm / aa	Sexo: F () M ()	Peso: Kgs.	Estatura: Mts.	Ocupación:	
Nombre del Beneficiario:					Firma del Titular	
Participación: _____ %	Parentesco					

2 Nombre Completo:						Parentesco:
R.F.C.:	Fecha de Nacimiento dd / mm / aa	Sexo: F () M ()	Peso: Kgs.	Estatura: Mts.	Ocupación:	
Nombre del Beneficiario:					Firma del Dependiente	
Participación: _____ %	Parentesco					

3 Nombre Completo:						Parentesco:
R.F.C.:	Fecha de Nacimiento dd / mm / aa	Sexo: F () M ()	Peso: Kgs.	Estatura: Mts.	Ocupación:	
Nombre del Beneficiario:					Firma del Dependiente	
Participación: _____ %	Parentesco					

4 Nombre Completo:						Parentesco:
R.F.C.:	Fecha de Nacimiento dd / mm / aa	Sexo: F () M ()	Peso: Kgs.	Estatura: Mts.	Ocupación:	
Nombre del Beneficiario:					Firma del Dependiente	
Participación: _____ %	Parentesco					

5 Nombre Completo:						Parentesco:
R.F.C.:	Fecha de Nacimiento dd / mm / aa	Sexo: F () M ()	Peso: Kgs.	Estatura: Mts.	Ocupación:	
Nombre del Beneficiario:					Firma del Dependiente	
Participación: _____ %	Parentesco					

6 Nombre Completo:						Parentesco:
R.F.C.:	Fecha de Nacimiento dd / mm / aa	Sexo: F () M ()	Peso: Kgs.	Estatura: Mts.	Ocupación:	
Nombre del Beneficiario:					Firma del Dependiente	
Participación: _____ %	Parentesco					

7 Nombre Completo:						Parentesco:
R.F.C.:	Fecha de Nacimiento dd / mm / aa	Sexo: F () M ()	Peso: Kgs.	Estatura: Mts.	Ocupación:	
Nombre del Beneficiario:					Firma del Dependiente	
Participación: _____ %	Parentesco					

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 representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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 incondicional de disponer de la suma asegurada.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo 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. (En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar información anotando el número de identificación del asegurado. Marcar con una "X")

Preguntas		TITULAR		DEPENDIENTES					
		1	2	3	4	5	6	7	
		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, pipa y/o ingieres bebidas alcohólicas. Indicar tipo, cantidad, frecuencia y fecha de último consumo.	()	()	()	()	()	()	()	()
3	Favor de indicar si utilizan o han utilizado drogas, algún estimulante. Indicar tipo, cantidad, frecuencia y fecha de 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. Especificar cual fue el resultado y fecha de elaboración.	()	()	()	()	()	()	()	()
5	Favor de indicar si les han practicado o tiene pendiente algún tratamiento quirúrgico (incluyendo cesárea). Especificar de que tipo y fecha de cada una de ellas.	()	()	()	()	()	()	()	()
6	Favor de indicar si está actualmente bajo algún tratamiento(inyectado, tomado, etc). Especificar 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) Respiratorio ejemplo: sinusitis, asma, enfisema pulmonar, infartos pulmonares, etc.	()	()	()	()	()	()	()	()
	d) Gastrointestinales o Endocrinos 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) Genitourinario ejemplo: piedras en el riñón, trastornos de la próstata, insuficiencia renal, gonorrea, etc.	()	()	()	()	()	()	()	()
	g) Otras Enfermedades ejemplo: Sida, tuberculosis, etc.	()	()	()	()	()	()	()	()
8	Favor de indicar si tiene o han tenido cáncer o tumores (benignos o malignos). Especificar cuál, fecha de inicio y estado actual.	()	()	()	()	()	()	()	()
9	Favor de indicar si tienen o han tenido alguna alteración auditiva y/o visual. Especificar cuál y fecha de inicio.	()	()	()	()	()	()	()	()

Cuestionario Médico. (En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar información anotando el número de identificación del asegurado. Marcar con una "X")

[illegible][illegible]

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 del Beneficiario en su caso.

interferido de lo anterior y para efecto de esta solicitud aclaro 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 hallan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, laboratorios y clínicas a las que halla acudido para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad, así como a la compañía de seguros donde halla 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 esta personas del secreto profesional del caso.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, 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-S0041-0338-2006 de fecha 17 de Mayo de 2006.

Lugar y Fecha:

--

[illegible]