

Para el llenado de la solicitud de "Plan de Indemnización" o "Recuperación Médica 15", seguir los siguientes pasos:

1. Descargar la solicitud del portal
2. Imprimir y llenar con letra de molde (para la versión impresa), para la versión con espacio para llenar electrónico, bajar formato con opción a llenado electrónico.
3. Llenar lo siguiente:

No llenar, para uso interno



MAPFRE TEPEYAC, S.A.
Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Mpo. San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

Solicitud General para Póliza de Seguro de "Recuperación Médica 15"

Solicitud No.																				
Póliza No.																				
Centel	si ()	no ()	Folio:																	

AVISO IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES, DEBE DE 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 conoció o debió conocer en el momento de firmar esta solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos antes mencionados, puede ocasionar la pérdida del derecho del asegurado o del Beneficiario en su caso.

Indicar el paquete seleccionado poniendo una "x" en el espacio entre paréntesis

Adicionalmente, si fuera necesario, a presentar exámenes médicos que Mapfre Tepeyac, S.A. estime convenientes, a los hospitales, sanatorios, laboratorios y clínicas a las que haya acudido para diagnóstico o tratamiento de enfermedades, o en otros seguros donde haya ingresado una solicitud de seguro, para que proporcionen a Mapfre Tepeyac, S.A. la información que podrá ser requerida en cualquier momento que Mapfre Tepeyac, S.A. lo requiera, salvo a estas personas del secreto profesional del caso.

DATOS DEL PLAN SOLICITADO

Plan:	Paquete 1 ()	Paquete 2 ()	Forma de Pago:	Anual ()	Semestral ()	Trimestral ()	Mensual ()
Inicio Vigencia:	dd/mm/aa	Fin Vigencia:	dd/mm/aa	En caso de elegir forma de pago mensual deberá anexar el formato de cargo a instrumentos bancarios correspondientes.			

Fecha de inicio de

Fin de vigencia se determinará de un año

Un solo pago, ya sea depósito, tarjeta de crédito o débito

Para las demás formas de pago, solo se podrá mediante tarjeta de crédito como cargo recurrente



MAPFRE

MAPFRE TEPEYAC, S.A.
Boulevard Magno centro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Mpo. San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

Solicitud General para Póliza de Seguro de "Recuperación Médica 15"

Solicitud No.																				
Póliza No.																				
Centel	si ()	no ()	Folio:																	

AVISO IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES, DEBE DE 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 Tepeyac, 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 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 estas personas del secreto profesional del caso.

DATOS DEL PLAN SOLICITADO

Esta sección no la llenes	Forma de Pago:	Anual ()	Semestral ()	Trimestral ()	Mensual ()
	En caso de elegir forma de pago mensual deberá anexar el formato de cargo a instrumentos bancarios correspondientes				

INFORME DEL AGENTE (Para aspectos internos de la Compañía)

¿Cuánto tiempo tiene de conocer al solicitante?	
¿Recomienda usted a la familia solicitante, tanto por su aspecto de salud como por moralidad y reputación?	
Clave del agente:	Nombre del agente:

Esta sección la llena el contratante, es decir, el que va a pagar la póliza, con sus datos fiscales. Si el solicitante y el contratante es la misma persona, solo llenar el apartado del solicitante, e indicar en los datos del contratante que es la misma persona

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social:			
R.F.C.:	Calle y número:		
Colonia:	Código postal:	Teléfono:	
Estado:	Delegación o Municipio:	Población:	
Relación con el solicitante:			

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
R.F.C.:	CURP:		Sexo: Femenino () Masculino ()		
Fecha de nacimiento:	día	mes	año	Estado civil:	
Edad:	Estatura:		mts.	Peso:	
Calle y número:		Colonia:		Código Postal:	

Estado:		Delegación o Municipio:		Población:	
Relación con el solicitante:					

El solicitante es el que se va a asegurar

DATOS DEL SOLICITANTE					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
R.F.C.:		CURP:		Sexo: Femenino () Masculino ()	
Fecha de nacimiento:		Estado civil:		Teléfono:	
Edad:		Estatura: mts.		Peso: kg.	
Calle y número:		Colonia:		Código Postal:	
Estado:		Delegación o Municipio:		Población:	
Lugar de residencia habitual:		Ocupación:			
Especifique: (ocupación)				Fecha de antigüedad:	

BENEFICIARIO DESIGNADO		
Nombre	Porcentaje	Parentesco (para efectos de identificación)

El Beneficiario designado en la presente solicitud como consecuencia del fallecimiento del asegurado, cobrará cualquier indemnización correspondiente a la cobertura de este seguro.

Advertencias:

R.F.C.:		CURP:		Sexo: Femenino () Masculino ()	
Fecha de nacimiento:		Estado civil:		Teléfono:	
Edad:		Estatura: mts.		Peso: kg.	
Calle y número:		Colonia:		Código Postal:	
Estado:		Delegación o Municipio:		Población:	
Lugar de residencia habitual:		Ocupación:			
Especifique: (ocupación)				Fecha de antigüedad:	

Aquí indicar el (los) beneficiario(s) del seguro en caso de fallecimiento

BENEFICIARIO DESIGNADO		
Nombre	Porcentaje	Parentesco (para efectos de identificación)

El Beneficiario designado en la presente solicitud como consecuencia del fallecimiento del asegurado, cobrará cualquier indemnización correspondiente a la cobertura de este seguro.

Advertencias:

En 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 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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por 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 concuerda totalmente con los términos de la solicitud.

Este documento y la póliza que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36

¿cómo responder si o no a cada una de las preguntas del cuestionario de salud. Si en alguna pregunta resulta positivo, detallar las respuestas afirmativas como indica el cuestionario.

CUESTIONARIO DE SELECCIÓN		Si	No
1.	¿Padece o padece de enfermedades del aparato digestivo (como: gastritis, vesícula y vías biliares, hígado, intestinales, pancreatitis, úlceras, divertículos del colon)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Padece o padece de enfermedades del aparato respiratorio (como: asma bronquial, bronquitis crónica, neumonía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Padece o padece de enfermedades del corazón, afección de las arterias coronarias, infarto al miocardio y/o colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Ha tenido y/o tiene varices en miembros inferiores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Ha tenido y/o tiene tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Padece o padece de hernias de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Padece o padece de enfermedades de senos, útero y/u ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Padece o padece de enfermedades renales y/u urinarias (como: sangre en la orina, litiasis renal, ardor o urgencia al orinar, próstata, de la vejiga)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Padece o padece de cáncer o tumores de cualquier clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para respuestas afirmativas, indicar nombre de la enfermedad, fecha en que ocurrió, tratamiento, secuelas, estado actual:

Indique nombre completo, domicilio y teléfono del médico que acostumbre consultar:

Lugar y Fecha:

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

_____ Firma del Contratante _____ Firma del Solicitante _____ Firma del Agente (Para efectos internos de la compañía)

Se solicita firma del contratante y del solicitante (en caso de ser diferentes, cuando es la misma persona firmar solo el contratante). La firma del agente se deja en blanco.

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 gratuita a través de nuestro canal ético (etica@mapfre.com.mx) o al teléfono de atención al cliente **800 400 4000**.