



ANEXO PARA SER LLENADO EN CASO DE SOLICITAR PLAN SUPERACIÓN PLUS

MAPFRE TEPEYAC, S.A.
Av. Revolución No. 507, Colonia San Pedro de los Pinos,
Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800 Ciudad de México.
Teléfono: 6592 9000.

Folio
Póliza

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

DATOS DE LOS SOLICITANTES MENORES
Menor 1 Nombre completo
Sexo Femenino Masculino Fecha de nacimiento:
Menor 2 Nombre completo
Sexo Femenino Masculino Fecha de nacimiento:
Menor 3 Nombre completo
Sexo Femenino Masculino Fecha de nacimiento:

Si desea amparar la cobertura temporal mancomunada, deberá llenarla siguiente información. La suma asegurada para el solicitante mancomunado será la misma del solicitante titular.

DATOS DEL MANCOMUNADO
Nombre(e), apellido paterno, apellido materno
Nacionalidad(es) Fecha de nacimiento País y lugar de nacimiento:
RFC, TIN, NIF o equivalente CURP Estado Civil
Sexo Femenino Masculino Fuma Si No Cantidad e-mail:
Tipo, número y emisor de la identificación oficial Vigencia Ingreso mensual
Número de serie de la firma Electrónica Avanzada Teléfono
Calle y Número Colonia
Municipio o Delegación Estado o Provincia Ciudad o Población
CP y/o POBOX País de residencia fiscal Órdenes de transferencia
Ocupación o Profesión Especifique en qué consiste
Empresa donde se presta sus servicios Giro de la empresa Teléfono
¿Qué tipo de máquinas, herramientas, sustancias o vehículos utiliza?
¿Requiere licencia? Si No ¿Requiere certificación médica? Si No Fecha de expiración dd/mm/aa
¿Requiere viajar? Si No ¿Viaja al extranjero? Si No Tipo de transporte
¿Trabaja en las alturas? Si No Indicar altura promedio (mts)
Indique el lugar de trabajo Oficina Fábrica Taller Calle
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si No Especifique cargo

HÁBITOS DEL MANCOMUNADO
ACTUALMENTE Si en el pasado hizo uso de uno o varios de estos productos indique:
Fecha de inicio Fecha de término Motivo de término
¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si No Cantidad Frecuencia día mes año día mes año
En caso de Si Fumar indicar:
Cigarros Puro Pipa
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes? Si No
¿Tipo de droga o estimulante?

En caso de fallecimiento, los solicitantes mancomunado y/o menores designan como beneficiario preferente al asegurado titular al 100%. En caso contrario, los solicitantes mancomunado y/o menores deberán designar a sus beneficiarios en el apartado siguiente:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno Fecha de nacimiento Parentesco Porcentaje
Domicilio completo

Advertencia: 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 efectos 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.

**AVIACIÓN Y DEPORTES DEL MANCOMUNADO**¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Si  No 

¿Cuáles?

¿En qué forma? Profesional  Aficionado  ¿Desea cubrir el riesgo? Si  No 

NOTA: Si usted desea cubrir alguno de los riesgos anteriormente descritos, por favor solicite y requisiere el cuestionario correspondiente.

**CUESTIONARIO MÉDICO DEL MANCOMUNADO**

1. Estatura  mts. Peso  kg.
2. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años o ha estado internado en algún hospital, clínica o sanatorio durante los últimos 5 años por alguna otra razón? Si  No  Causa \_\_\_\_\_
3. ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algún médico, toma algún medicamento?   Causa \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, etc.) ó tiene alguna incapacidad o invalidez temporal o permanente?   ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_
5. ¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografía de algún órgano en concreto, curva de glucosa, pruebas de la función hepática o renal, examen de SIDA?   ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
6. ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10 kg. o más en el último año? kg. aumentados  kg. disminuidos
7. Preguntas adicionales para mujeres:
- a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- b) ¿Está actualmente embarazada? ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_
- c) Fecha de realización del último
- 1 Papanicolau  día  mes  año Resultado \_\_\_\_\_
- 2 Mamografía  Resultado \_\_\_\_\_
8. ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades?
- a) Enfermedades del Corazón (por ejemplo: Soplo, Infarto, etc.) Si  No
- b) Hipertensión Arterial
- c) Cerebro Vasculares (por ejemplo: Embolia Cerebral, Infarto Cerebral, Hemorragia Cerebral, etc.)
- d) Psiquiátricas o Nerviosas (por ejemplo: Depresión, Epilepsia, etc.)
- e) Enfermedades Endocrinas (por ejemplo: Diabetes, Tiroides, Páncreas, etc.)
- f) Insuficiencia Renal - Infecciones Urinarias (por ejemplo: Piedras en el Riñón, etc.)
- g) Enfermedades de la Sangre (por ejemplo: Cáncer, Leucemia, Anemia, Tumores, etc.)
- h) Cirrosis o Hepatitis B, C (por ejemplo: Alcoholismo, etc.)
- i) Enfermedades Pulmonares o Respiratorias (por ejemplo: Enfisema, Asma, Tos Crónica, Tuberculosis, etc.)
- j) Consumo de Drogas
- k) Sida o Complejo Relacionado con el Sida
- l) Artritis Reumatoide, Lupus o Enfermedades del Tejido Conectivo
- m) Enfermedades del Aparato Digestivo (por ejemplo: Esofagitis, Úlcera Gástrica, Sangrados Digestivos, etc.)
9. ¿Alguna otra enfermedad no mencionada? Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Tratamiento y Resultado \_\_\_\_\_

**EN CASO AFIRMATIVO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, AMPLIAR INFORMACIÓN**

Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o Tratamiento y/o Resultado

Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar:

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

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

Lugar y Fecha:

Firma del solicitante mancomunado\*

Firma del solicitante menor 1\*\*

Firma del solicitante menor 2\*\*

Firma del solicitante menor 3\*\*

\*En caso de solicitar la cobertura de temporal mancomunado

\*\*Deberán firmar los solicitantes menores sólo en caso de tener 12 años o más

“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 19 de abril de 2017, con el número CNSF-S0041-0211-2017”.