

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

Datos del Contratante:			
RFC: _____	CURP: _____	Relación con el Solicitante: _____	
Nombre(s): _____	Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____	
Domicilio (calle y número): _____	Colonia: _____	Municipio o Delegación: _____	Estado: _____
C.P.: _____	Población: _____	Teléfono(s): _____	E-mail: _____
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: _____	Estado civil: _____
Ocupación: _____			

Datos del solicitante Titular:			
RFC: _____	CURP: _____	Sexo: _____	
Nombre(s): _____	Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____	
Domicilio (calle y número): _____	Colonia: _____	Municipio o Delegación: _____	Estado: _____
C.P.: _____	Población: _____	Teléfono(s): _____	E-mail: _____
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Estado civil: _____	Ocupación: _____

En caso de requerir la cobertura para el Cónyuge, completar la siguiente información:					
Nombre del Solicitante	RFC	Edad	Sexo	Parentesco	Estado Civil
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Hábitos del solicitante Titular		Si en el pasado hizo uso de uno a varios de esos productos indique:		
ACTUALMENTE		Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Alguna vez ha fumado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Fuma? Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Tipo de droga o estimulante?	_____	_____	_____	_____

Hábitos del solicitante Cónyuge (Sólo en caso de requerir la cobertura para el Cónyuge)		Si en el pasado hizo uso de uno a varios de esos productos indique:		
ACTUALMENTE		Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Alguna vez ha fumado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Fuma? Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	d d m m a a	d d m m a a	_____
¿Tipo de droga o estimulante?	_____	_____	_____	_____

Cuestionario médico (obligatorio)				
	SOLICITANTES			
	TITULAR		*CÓNYUGE	
	SÍ	NO	SÍ	NO
1 ¿Ha sido examinado o tratado durante los 2 últimos años por algún médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Tiene alguna limitación física como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudéz, pérdida de miembros, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10kg o más en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kg. aumentados	_____	kg. disminuidos	_____
	kg. disminuidos	_____		_____
6 Estatura	_____ mts.		_____ mts.	
Peso	_____ kg.		_____ kg.	
7 ¿Le ha sido practicada alguna prueba especial como: electrocardiograma, radiografías de algún órgano en concreto, curva de glucosa, pruebas de la función renal o hepática, exámen de SIDA, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado	_____		_____	

* Responder sólo en caso de requerir la cobertura para el Cónyuge

Cuestionario médico (obligatorio)		SOLICITANTES	
		TITULAR	*CÓNYUGE
8	¿Toma algún medicamento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Cuáles?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	¿Desde cuándo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	¿Tiene pendiente alguna operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o síndrome?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	¿Padece o ha padecido?		
	a. Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Infarto al miocardio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Tos crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	h. Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	i. Tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	j. Gastritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	k. Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	l. Diarrea crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	m. Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	n. Páncreas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	o. Cirrosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	p. Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	q. Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	r. Emboia cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	s. Enfermedad cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	t. Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	u. Infección de la orina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	v. Depresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	w. Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	x. Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	y. Otra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	¿Cáncer o algún tipo de tumor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	¿Ha estado total y/o temporalmente invalido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Preguntas adicionales para mujeres:			
	a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) ¿Está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c) ¿Cuántos meses tiene?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Responder sólo en caso de requerir la cobertura para el Cónyuge

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, ampliar información					
Solicitante	Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Duración	Estado actual y/o tratamiento

Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar: _____
 Nombre del hospital: _____

De interés para los solicitantes (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Solicitante debe declarar los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que tengan referencia a este cuestionario como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de derechos del asegurado o de los beneficiarios 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 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 las compañías de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguros de vida, para que proporcione a MAPFRE los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedades y hábitos anteriores: información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE lo considere oportuno inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

Lugar y fecha	Firma del Contratante	Firma del solicitante Titular	Firma del solicitante Cónyuge
	Nombre del Agente	Clave del Agente	

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 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(l) registro(s) número CNSF-S0041-0185-2008 de fecha 10/04/2008"