MAPFRE | TEPEYAC MÉXICO

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

SOLICITUD DE MOVIMIENTOS DE VIDA INDIVIDUAL

Fecha:	
Folio:	
Póliza No.:	

CONTRATANTE	ASEGURADO
R.F.C.:	R.F.C.:
Nombre y/o Razón Social:	Nombre y/o Razón Social:

AGENTE	DIVISION
R.F.C.:	División:
Clave:	G´D o Promotoría:
Supervisor:	Oficina:
Teléfono:	E-mail:

MOVIMIENTO SOLICITADO	
Estado de cuenta ( )	Corrección en nombre para lo que se anexa: ( )
Cambio forma de pago ( )	( ) Copia acta de nacimiento
Cambio de domicilio Contratante ( ) Asegurado ( )	( ) Copia de pasaporte
Cambio de beneficiarios ( )	( ) Copia de cartilla
Rescate y cancelación ( )	Comprobación de edad para lo que se anexa: ( )
Retiro total ( ) Parcial ( ) Importe:	( ) Copia acta de nacimento certificado
Préstamo ordinario ( ) Importe:	( ) Copia de pasaporte certificado
Cambio de contratante ( )	( ) Copia de cartilla certificado
Exclusión de beneficios adicionales ( )	*** Rehabilitación** ( )
Disminución de Suma Asegurada ( )	*** Inclusión de beneficios adicionales** ( )
Cambio de plan ( )	Accidentes: MA ( ) MAC ( ) PO ( )
Eliminar incremento Suma Asegurada ( )	POC ( ) MAPO ( ) MAPOC ( )
Seguro Saldado ( )	Invalidez: BIT ( ) BIPA ( )
Seguro prorrogado ( )	Enfermedades graves: ( )
Cambios prima VIP ( )	Cambio fecha de nacimiento para lo que se anexa: ( )
Ampliación plazo pago VIP ( )	( ) Copia acta de nacimiento
Cambio en % incremento VIP ( )	( ) Copia de pasaporte
( ) Prima	( ) Copia de cartilla
( ) Suma asegurado	Otro ( )
( ) Otros	

Detallar Movimiento: _____

***Para estos movimientos, el asegurado deberá llenar el cuestionario al reverso**

Esta solicitud de movimiento no será válida si presenta alteraciones y/o tachaduras.

Lugar y fecha: _____

Firma del Contratante | Firma del Asegurado | Firma del Agente

VI-762

AVIACIÓN Y DEPORTES (Datos del asegurado)

¿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 requisite y anexe el cuestionario correspondiente.

HÁBITOS DEL ASEGURADO

ACTUALMENTE					Si en el pasado hizo uso de uno o varios de esos productos indique:		
	Si	No	Cantidad	Frecuencia	Fecha de inicio d d m m a a	Fecha de término d d m m a a	Motivo
¿Ingiere bebidas alcohólicas?							
¿Fuma? Cigarros ☐ Puro ☐ Pipa ☐							
¿Hace o ha hecho uso de drogas o estimulantes?							
Tipo de droga o estimulante: _____							

OCUPACIÓN E INGRESOS DEL ASEGURADO

Ocupación actual: Puesto: Ingresos Anuales:

Detallar actividades y herramientas que ocupa:

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL ASEGURADO

	Si	No
1. ¿Ha sido examinado o tratado durante los dos últimos años por algún medico?		
2. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?		
3. ¿Ha sido internado en algún hospital, clinica o sanatorio en los últimos 5 años?		
4. ¿Tiene alguna irritación física como consecuencia de enfermedad o accidente? (Sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, etc.)		
5. ¿Ha disminuido o aumentado su peso 10 Kg. o más en el último año?		

Kg aumentados ____ Kg disminuidos ____

6. Estatura ____ Peso ____ Kg.

	Si	No
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, examen de SIDA, etc.?		

Resultado ____

	Si	No
8. ¿Toma algún medicamento?		

¿Cuáles? ____

¿Desde cuándo? ____

Preguntas adicionales para mujeres:

	Si	No
a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de la mujer?		
b) ¿Está actualmente embarazada?		

c) ¿Cuántos meses tiene? ____

9. ¿Padece o ha padecido?	Si	No		Si	No
a. Enfermedad cardíaca			n. Páncreas		
b. Soplo en el corazón			o. Cirrosis		
c. Infarto al miocardio			p. Enfermedades de la sangre		
d. Presión arterial alta			q. Anemia		
e. Enfisema			r. Embolia cerebral		
f. Enfermedad pulmonar			s. Enfermedad cerebral		
g. Tos crónica			t. Enfermedad renal		
h. Asma			u. Infección de la orina		
i. Tiroides			v. Depresión		
j. Gastritis			w. Epilepsia		
k. Ulcera gástrica			x. Diabetes		
l. Diarrea crónica			y. Otros		
m. Hepatitis					

	Si	No
10. ¿Cáncer o algún tipo de tumor?		
11. ¿Ha estado total y/o temporalmente inválido?		

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

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

ANTECEDENTES FAMILIARES SUS PADRES O HERMANOS TIENEN O HAN TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

	¿Quién?	Evolución
Enfermedad Cardíaca		
Cáncer		
Presión arterial alta		
Diabetes		

DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO (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 declaración de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso. Entiendo de lo anterior y para efecto de esta solicitud declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar exámenes medicos que MAPFRE TEPEYAC, S.A. estima 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 hayan acudido para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad, así como a las compañías de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguro de vida, para que proporcione a MAPFRE TEPEYAC, S.A. los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedad 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.

Firma del Asegurado: Lugar y fecha: