

Fecha (dd/mm/aaaa):

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642 Piso 9  
Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX.

**Nota: El presente formato tiene vigencia de 30 días naturales a partir de su fecha de llenado.**

Esta solicitud y/o entrevista del cliente deberá ser llenada en su totalidad por el contratante y/o solicitante titular a una sola tinta y no deberá tener abreviaturas, tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

Nueva  Renovación. No. de Póliza Anterior:  Actualización. No. de Póliza:

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL**

Denominación o razón social (persona moral, institución pública o fiduciaria):

Nombre (s): Apellido paterno: Apellido materno:

Número o referencia del fideicomiso: Sexo:  Femenino  Masculino

Fecha de nacimiento y/o de constitución (dd/mm/aaaa): País y entidad de nacimiento y/o constitución:

RFC con homoclave: Correo electrónico:

**Domicilio (éste será el utilizado en su factura, en caso de requerirla)**

Calle: No. Exterior: No. Interior: Colonia:

Código postal: Alcaldía o Municipio: Estado:

**Si la prima anual es igual o superior a dos mil quinientos dólares, favor de llenar los siguientes datos**

Nacionalidad: Número telefónico:

Ocupación u objeto: Folio mercantil:

Nombre del representante legal:

Correo electrónico del representante legal:

**En caso de que cuente con la siguiente información, favor de proporcionarla**

CURP (persona física): Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:

Número de identificación fiscal o su equivalente:

**SECCIÓN II. CONOCE A TU CLIENTE**

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año algún cargo público? Sí No

¿Es usted cónyuge o familiar de algún funcionario Público? Sí No

En caso de dar alguna respuesta afirmativa en las preguntas anteriores, especificar: Nombre Completo de la Persona Políticamente Expuesta (PPE), parentesco y señalar las personas morales o sociedades con las que mantenga vínculo patrimonial:

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año alguna de las siguientes actividades económicas?

Juegos o sorteos; centros nocturnos; operaciones de préstamo o crédito; construcción, desarrollo de bienes inmuebles; recepción de donativos; intercambio de activos virtuales; comercialización de tarjetas de servicio, crédito o prepagadas, armas y productos militares; metales o piedras preciosas, joyas o relojes, obras de arte; comercialización o distribución de vehículos (aéreos, marítimos o terrestres); emisión o comercialización de cheques de viajero prestación de servicios de fe pública; comercio exterior, despacho de abogados o contadores, de blindaje o custodia de valores.

Sí  No Define la actividad:

**Exclusivo para clientes nuevos.**

Origen de los recursos:

Salario  Honorarios  Comisiones  Regalías  Negocio propio  Otro

Especifique: Monto de los recursos mensuales destinados a la operación / patrimonio fideicomitado:

**Exclusivo para fideicomisos**

Patrimonio Fideicomitado (bienes y derechos): Aportaciones de los fideicomitentes:

**SECCIÓN III. DATOS DE LOS TITULARES Y/O SOLICITANTES DISTINTOS AL CONTRATANTE**

Nota: Requiera a su agente de seguros el layout correspondiente o anexo complementario respectivo; y en su caso los cuestionarios médico, ocupacional y de hábitos.

**PIRÁMIDE POBLACIONAL (ANOTE EL NÚMERO DE TITULARES O DEPENDIENTES SEGÚN SEXO Y EDAD)**

Edad	Titulares		Dependientes		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
De 0 a 12					
De 13 a 19					
De 20 a 24					
De 25 a 29					
De 30 a 34					
De 35 a 39					
De 40 a 44					
De 45 a 49					
De 50 a 54					
De 55 a 59					
De 60 a 64					
De 65 a 69					
De 70 a 74					
De 75 a 79					
De 80 o más					
Total					

Incapacidades  Sí  No Participación del asegurado  Sí, porcentaje:  No ¿Este seguro es prestación laboral?  Sí  No

Características particulares de la colectividad

Inicio de vigencia: Fin de vigencia:

 Manifiesto que el domicilio de los titulares y/o solicitantes es el mismo del contratante (cliente), salvo aviso por escrito de los mismos.**SECCIÓN IV. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SOLICITADO (descripción de coberturas)****Coberturas Básicas****Producto: PrimeAccess**

Suma asegurada básica	Pesos	Copago consultas, fisioterapia e inhaloterapia	Pesos	Copago medicamentos	Porcentaje	Copago apoyos de diagnóstico	Porcentaje
-----------------------	-------	--	-------	---------------------	------------	------------------------------	------------

**Coberturas Opcionales**Odontología  No  Sí, copago: Porcentaje Urgencia Médica  No  Sí, copago: Porcentaje Ayuda de lentes  No  Sí**Coberturas Básicas****Producto: Integra**

Base hospitalaria	Bronce Plata Oro	Copago consultas, fisioterapia e inhaloterapia	Pesos	Copago medicamentos, apoyo de diagnóstico, odontología, órtesis, prótesis y endoprótesis	Porcentaje	Copago hospitalización, urgencia médica	Pesos
-------------------	------------------------	--	-------	--	------------	---	-------

Copago maternidad	Pesos	Coberturas Opcionales			
		Ayuda de lentes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ayuda de leche: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**SECCIÓN V. FORMA DE PAGO**¿Cómo realizara el pago?  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual Monto:Forma de pago:  Transferencia de cuenta del cliente  Transferencia o cheque de cuenta de un tercero  Cheque de cuenta del cliente  En efectivoForma de administración de movimiento:  Normal  Autoadministrada**SECCIÓN VI. DECLARACIONES DEL ASEGURADO**

Autorizo a los Médicos que hayan asistido o examinado a mi y/o mis dependientes, así como a las compañías de seguros de las cuales he obtenido un seguro para que proporcionen a Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. (MediAccess) toda la información y copias de nuestros antecedentes e historia clínica y todo aquello que requieran, que pueda ser útil para la evaluación correcta en la propuesta de Seguro y lo relacionado con el cumplimiento del Contrato que se celebre, por lo que relevo de cualquier responsabilidad, incluyendo del secreto médico, por revelar la información relacionada con nuestros antecedentes de salud.

Otorgo mi consentimiento expreso a MediAccess para 1) en cumplimiento de las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de mis datos personales, mismos que en caso de modificación, me comprometo a notificarlo dentro de los 30 días siguientes a que ocurra dicho supuesto; 2) recibir en mi correo electrónico, domicilio, teléfono móvil y fijo, particular o de trabajo, información de sus productos y servicios consistente en publicidad (información, divulgación de noticias o anuncios de carácter comercial con propósitos de comunicar las características de un producto) y/o promociones (dar a conocer beneficios adicionales o asociados a la contratación de un nuevo producto como descuentos, bonificaciones, concursos o sorteos) y/o telemarketing (comunicación vía telefónica con el objeto

de ofrecer bienes productos o servicios) así como notificaciones y/o actualizaciones de mi plan contratado, la cual puede ser enviada en forma directa o a través de terceros, incluyendo el agente designado; 3) a través del uso de medios electrónicos y en la medida en que MediAccess tenga disponibles estos servicios, podré transmitirle instrucciones y manifestar mi consentimiento para que ésta ejecute transacciones respecto de las pólizas que tenga contratadas, tales como cambios de forma de pago, de domicilio, impresión de duplicado de póliza, actualización de RFC y/o CURP, entre otras, debiendo MediAccess en todo caso, proporcionarme las claves necesarias para la solicitud de dichas instrucciones a través de los sistemas implementados para tales efectos; y 4) me entregue en formato PDF (Portable Document Format) la documentación contractual:

- A través del correo electrónico declarado en la "Sección I. INFORMACIÓN GENERAL".
- A través del siguiente correo electrónico: \_\_\_\_\_
- A través del agente: \_\_\_\_\_

Hago constar que conozco y entiendo las Condiciones Generales en donde se establecen los términos, exclusiones y limitaciones que contendrá la Póliza, y que en su caso extienda MediAccess, por lo que manifiesto que otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas, acepto las obligaciones que me son impuestas como Contratante y/o Asegurado(s), y que dichas condiciones están disponibles en [www.segurosmediaccess.com.mx](http://www.segurosmediaccess.com.mx), sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de MediAccess.

Conforme a los Artículos 8,9,10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, declaro y acepto que todos los datos e informes proporcionados en la presente solicitud son verídicos y están completos, asimismo, reconozco que todos los hechos son importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud e informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían originar la cancelación de la póliza y la pérdida de derechos de los Asegurados y/o Beneficiario(s), aún cuando haya sido llenada en representación con o sin la designación expresa por el Contratante, Titular Solicitante y/o Asegurado.

Reconozco que MediAccess tendrá 30 días, contados desde la fecha de recepción de esta solicitud, para aceptar y dar curso a la misma, si durante dicho periodo no recibimos la aceptación o negativa de esta Solicitud, ni noticia alguna, se considerará como rechazada.

Manifiesto que los recursos de pago de las primas provienen de actividades lícitas.

Manifiesto mi conformidad con las leyendas anteriores y por lo tanto otorgo mi consentimiento y autorización para que proceda en sus términos:

- Acepto  No acepto

## SECCIÓN VII. AGENTES

Nombre completo del agente principal:

Clave del agente:

\_\_\_\_\_  
Firma del agente

## NOTA IMPORTANTE (leer antes de firmar)

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

## POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Tuve a la vista el aviso de privacidad de Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho aviso y sus actualizaciones en <http://www.segurosmediaccess.com.mx/politicas.html> por lo anterior:

- Sí  No  Consiento y autorizo dicho tratamiento

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

## UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCION A CLIENTES UNE (reclamaciones y/o quejas)

**Teléfono:** 55-1085-2000 Ext. 2020

**Dirección:** Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901, Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX

**Horario de atención:** lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y 15:00 a 17:00 horas.

**Correo electrónico:** [unidadespecializada@mediaccess.com.mx](mailto:unidadespecializada@mediaccess.com.mx)

## Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos:

En la Ciudad de México: 55-5340-0999 Interior de la República: 800-999-8080

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100.

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

Registro de comentarios en [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

**Exclusivo para personas físicas: Si actúa en nombre propio señalarlo en la casilla correspondiente; en caso de que actúe por cuenta de un tercero, favor de llenar la siguiente información.**

Manifiesto que actúo:  En nombre propio  Por cuenta de otra persona (un tercero)

Es necesario completar esta sección, según corresponda, con los datos del tercero especificado anteriormente:

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Domicilio particular:		
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	País y entidad de nacimiento:	
RFC:	Nacionalidad:	Ocupación / profesión actual:
CURP:	Correo electrónico:	Número de teléfono:
Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada:		

**\*Propietario Real: Cuando el cliente actúa en nombre de un tercero, y éste sin ser cliente o beneficiario aprovecha los beneficios o dispone de los recursos (el verdadero dueño de los recursos); también comprende a las personas que ejerzan el Control sobre las personas morales.**

---

Firma del contratante y/o del representante legal

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 30 de noviembre de 2021 con el número CGEN-H0702-0025-2021/G-00746-004.**