

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. Número de Póliza:

*En caso de renovación llenar Sección I y saltar a la Sección VI. *En caso de actualización llenar Sección I, III y saltar a la Sección VI. *Los clientes nuevos deberán llenar en su totalidad de las Secciones I a V.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA FÍSICA

Nombre (s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
CURP:	País y entidad federativa de nacimiento:	
RFC (con homoclave si cuenta con ella):	Nacionalidad:	
Ocupación	Número telefónico:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA MORAL , INSTITUCIÓN PÚBLICA O FIDUCIARIA

Denominación o razón social:		
Fecha de constitución (dd/mm/aaaa):	Folio mercantil:	RFC con homoclave:
Giro mercantil u objeto social:	Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):	
Nacionalidad:	Teléfono:	Correo electrónico:
Nombre del representante legal:		

Domicilio de la persona física o moral (éste será el utilizado en su factura, en caso de requerirla)

Calle:	No. Exterior:	No. Interior:	Colonia:
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Estado:	

SECCIÓN II. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
a) Persona políticamente expuesta

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año algún cargo público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
---	---	--------

¿Es usted cónyuge o familiar de algún funcionario Público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿De quién?
--	---	------------

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año alguna de las siguientes actividades económicas? Marque cuál(es):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Juegos con apuesta, concursos y sorteos | <input type="checkbox"/> Traslado y custodia de dinero o valores |
| <input type="checkbox"/> Comercialización de tarjetas de servicio crédito o prepagadas | <input type="checkbox"/> Intermediación o comercialización de bienes inmuebles |
| <input type="checkbox"/> Emisión y Comercialización de cheques de viajero | <input type="checkbox"/> Notario o Corredor Público |
| <input type="checkbox"/> Operaciones de préstamo o crédito | <input type="checkbox"/> Recepción de donativos por parte de organizaciones sin fines de lucro |
| <input type="checkbox"/> Servicios de construcción | <input type="checkbox"/> Agente o Apoderado Aduanal |
| <input type="checkbox"/> Comercialización de piedras y metales preciosos, joyas y relojes | <input type="checkbox"/> Operaciones con activos virtuales |
| <input type="checkbox"/> Subasta y comercialización de obras de arte | <input type="checkbox"/> Derechos personales de uso y goce de bienes inmuebles |
| <input type="checkbox"/> Comercialización o distribución de vehículos (aéreos, marítimos o terrestres) | <input type="checkbox"/> Despacho de abogados o contadores |
| <input type="checkbox"/> Servicios de blindaje | |

b) Origen de recursos (fuente de ingresos)
 Salario Honorarios Comisiones Regalías Negocio Propio Otro Especifique:

c) Propietario real (exclusivo para personas físicas)

 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:		Número de teléfono:
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	País y entidad de nacimiento:	Nacionalidad:
RFC:	CURP:	Ocupación / profesión actual:
Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):		Correo electrónico:

***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.**

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

Nota: En caso de tener más solicitantes, requiera a su agente de seguro el anexo complementario respectivo. En caso de fideicomisos solicitar el formato correspondiente.

Favor de requisitar la información solicitada como se indica

*Llenar si se cuenta con ello

Solicitantes	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Parentesco con el titular
Titular					
Solicitante 2					
Solicitante 3					
Solicitante 4					
Solicitante 5					
Solicitantes	Nacionalidad	País y entidad de nacimiento	Estado civil*	Ocupación / Profesión Actual	RFC (con homoclave)*
Titular					
Solicitante 2					
Solicitante 3					
Solicitante 4					
Solicitante 5					

Manifiesto que el domicilio de los titulares y/o solicitantes es el mismo del contratante (cliente), salvo aviso por escrito de los mismos.

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

Solicitantes	Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada	CURP	Correo electrónico*
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

SECCIÓN IV. CUESTIONARIO MÉDICO, OCUPACIONAL Y DE HÁBITOS

No es necesario llenar esta sección en renovaciones y actualizaciones, únicamente llenarla en alta de nuevos titulares y/o solicitantes. Deberá adjuntar al presente la documentación necesaria para el reconocimiento de su antigüedad.

Cuestionario general de hábitos (aplica para la persona titular y solicitantes)

Solicitantes	¿Fuma o ha fumado?		Año de inicio / año de fin	Cantidad y Frecuencia (diaria, semanal o mensual)	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Año de inicio / año de fin	Cantidad y Frecuencia (diaria, semanal o mensual)
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Titular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Solicitante 2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Solicitante 3	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Solicitante 4	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Solicitante 5	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Solicitantes	¿Consumo o ha consumido algún tipo de droga?		En caso de respuesta afirmativa indique cual	Año de inicio / año de fin	Cantidad y frecuencia (diario, semanal o mensual)
Titular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Solicitante 2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Solicitante 3	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Solicitante 4	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Solicitante 5	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Solicitantes	Estatura	Sexo	Peso	Lugar de trabajo (oficina, planta, obra, etc.)
Titular				
Solicitante 2				
Solicitante 3				
Solicitante 4				
Solicitante 5				

Cuestionario de exposición al riesgo (aplica para la persona titular y solicitantes)

1. ¿Algún solicitante opera maquinaria pesada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Algún solicitante trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos, sustancias radioactivas, fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Algún solicitante utiliza motocicleta o algún otro vehículo diferente al automóvil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Algún solicitante está expuesto a situaciones peligrosas o de alto riesgo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Algún solicitante visita o asiste a obras, construcciones o realiza actividades a una altura mayor de 1.80 metros medidos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Algún solicitante utiliza, maneja, o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego, seguridad o rescate?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Algún solicitante realiza actividades políticas o en el medio artístico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Algún solicitante vuela aeronaves o líneas particulares?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta anterior especificar lo siguiente:

No. Solicitante	No. de pregunta	Describe la frecuencia (diario, semanal o mensual) y actividad a detalle, en caso de utilizar algún aparato o vehículo para la realización de la actividad y/o lugar, indique las características del mismo.

Antecedentes familiares (aplica para la persona titular y solicitantes)

¿Para alguno de los solicitantes, sus padres o hermanos padecen o han padecido afecciones renales, diabetes mellitus, hipertensión arterial, afecciones cardiacas, cáncer, tumoraciones de cualquier tipo u otra enfermedad no descrita anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta anterior especificar lo siguiente:

No. Solicitante	Parentesco	Enfermedades	Estado actual de salud

Cuestionario médico (Aplica para la persona titular y solicitantes)

1.- ¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: neurológicas y/o cerebrovasculares entre ellos hemorragia o derrame cerebral, infarto, isquemia o embolia cerebral, esclerosis múltiple; lupus eritematoso; endocrinológicas o metabólicas como diabetes mellitus, tiroides, colesterol y/o triglicéridos altos, obesidad; oculares como miopía, astigmatismo, hipermetropía, cataratas, glaucoma; del aparato respiratorio, nariz, senos paranasales, sinusitis, enfisema pulmonar, dificultad respiratoria, asma, bronquitis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.- ¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: cardiovasculares incluyendo angina de pecho, arritmias, infartos, colocación de stent, embolias, trombosis o várices; del aparato digestivo, afecciones del esófago, hernia hiatal, úlcera gástrica, úlcera duodenal, de vesícula incluyendo piedras, afecciones hepáticas como cirrosis, insuficiencia hepática, hepatitis B, hepatitis C, colitis o colon irritable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.- ¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: del aparato genitourinario, renales (entre ellos insuficiencia renal de cualquier tipo), cálculos o piedras en el riñón o vías urinarias, de la prostata, miomatosis uterina, quistes ováricos, de los huesos y/o articulaciones, artritis reumatoides, artrosis, osteoporosis, de la columna vertebral (incluyendo deformaciones), hipertensión arterial (presión arterial alta), cáncer, linfomas, leucemia, tumoraciones de cualquier tipo, hernias de cualquier tipo, VIH, SIDA o seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.- Padece o ha padecido algún accidente, enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas 1, 2 y 3?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.- ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.- ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica, hospitalización, estudios de laboratorio y/o gabinete por cualquier causa, incluyendo cesárea u otras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.- ¿Practica algún deporte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7a.- Especificar tipo de deporte, frecuencia y si su práctica es amateur o profesional: _____		
8.- Actualmente cuenta con algún tipo de manejo o tratamiento médico de manera periódica, por intervalos de tiempo, o de manera ocasional derivado de:		
8a. Afecciones de los huesos y/o articulaciones como artritis, rodillas, columna vertebral, osteoporosis.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8b. Afecciones del corazón, pulmones, bronquios o del aparato respiratorio incluyendo dificultad respiratoria e infartos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8c. Debilidad, fatiga o dificultar para moverse o caminar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

8d. Uso de Insulina o control por diabetes mellitus, colesterol, triglicéridos, ácido úrico elevados.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8e. Problemas del riñón como piedras, insuficiencia renal entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8f. Sangrados de cualquier parte del cuerpo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8g. Cualquier otra afección o enfermedad no mencionada con anterioridad.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Exclusivo Mujeres

9.- ¿Ha necesitado atención médica y/o quirúrgica por afecciones en las glándulas mamarias, ovarios, útero (matriz) o por trastornos en la menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10.- ¿Ha presentado complicaciones durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11.- ¿Está embarazada actualmente?, en caso de respuesta afirmativa indicar tiempo (meses) de embarazo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11a.- Fecha de última menstruación:		

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta (de la 1 a la 11), especifique lo siguiente:

No. de Solicitante	No. de Pregunta	Indicar enfermedad, accidente o padecimiento, fecha de inicio de los síntomas, fecha de diagnóstico médico, tratamiento establecido, estado actual o demás información relevante.

CUESTIONARIO INGRESO COVID-19

1.- Presenta o ha presentado los siguientes síntomas en los últimos 15 días:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. ¿Fiebre mayor o igual a 38°C?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Pérdida o aumento repentino del olfato y/o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Tos, o sí esta ha empeorado recientemente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. ¿Problemas al respirar o le falta el aire?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. ¿Dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. ¿Secreción o congestión nasal por causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g. ¿Diarrea de causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h. ¿Fatiga o cansancio, inusualmente intenso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i. ¿Pérdida significativa de apetito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j. ¿Dolores musculares y/o articulares generalizados inusuales o sin razón obvia (no relacionado con el esfuerzo físico)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
k. ¿Dolor de cabeza inusual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
l. ¿Ha tenido contacto con alguien que ha presentado Covid-19? Con prueba positiva para Covid-19.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta, especifique lo siguiente:

No. de Solicitante	No. de Pregunta	Indique: fechas inicio y término, tratamiento, estado actual, recaída, complicaciones, secuelas y demás información relevante.

SECCIÓN V. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

En caso de requerir reconocimiento de antigüedad por parte de MediAccess favor de llenar la información que se pide a continuación:

	Día/Mes/Año	Número de póliza	Compañía
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

SECCIÓN VI. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SOLICITADO

Plan	Copago Consultas	Copago Urgencias	Opciones de Copago para Hospitalización y Maternidad				Suma Asegurada Maternidad	Emergencia en el Extranjero
<input type="checkbox"/> Bronce	\$300	10%	<input type="checkbox"/> \$8,000	<input type="checkbox"/> \$12,000	<input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$40,000	\$40,000	Suma Asegurada: US \$300,000 copago US \$50
<input type="checkbox"/> Plata			<input type="checkbox"/> \$11,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$30,000	<input type="checkbox"/> \$50,000		
<input type="checkbox"/> Oro			<input type="checkbox"/> \$9,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$30,000	<input type="checkbox"/> \$50,000	\$75,000	
			<input type="checkbox"/> \$11,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$30,000	<input type="checkbox"/> \$50,000	\$100,000	
			<input type="checkbox"/> \$13,000	<input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$40,000			

Suma Asegurada	Coberturas Adicionales		Descripción de Servicios No Hospitalarios
<input type="checkbox"/> \$1,000,000	<input type="checkbox"/> \$10,000,000	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Órtesis, prótesis y endoprótesis Cámara hiperbárica Suministro de oxígeno
<input type="checkbox"/> \$2,500,000	<input type="checkbox"/> \$15,000,000	Medicamentos <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 50%	
<input type="checkbox"/> \$5,000,000	<input type="checkbox"/> \$30,000,000	Apoyos de diagnóstico <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 50%	
<input type="checkbox"/> Sin Límite		Servicios no hospitalarios <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 50%	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Odontología

Nota: los parámetros elegidos en este apartado deberán coincidir con la cotización realizada, en caso de no coincidir, se otorgará la opción más cercana a dicho valor y el costo del seguro podrá variar.

SECCIÓN VII. FORMA DE PAGO

¿Cómo realizara el pago? Mensual Trimestral Semestral Anual Monto:

Forma de pago: Transferencia de cuenta del cliente Pago con tarjeta de crédito y/o débito Transferencia o cheque de cuenta de un tercero
 Cheque de cuenta del cliente En efectivo

En caso de pagos en parcialidades con tarjeta de crédito o débito, llenar la "Autorización para Cargos Recurrentes" (solicítelo a su agente)

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los valores entregados a MediAccess por concepto de pago de prima o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito.

SECCIÓN VIII. AGENTES

Nombre completo del agente principal:

Clave de agente:

Firma de agente

SECCIÓN IX. DECLARACIONES DEL ASEGURADO**a) Reconocimiento y autorización de datos.**

Hago constar que la información y datos personales propios, así como los del titular y/o solicitante asentados en esta solicitud, son verdaderos y exactos. Estoy de acuerdo con que dicha información y datos personales sirvan como evaluación para el seguro y cobertura que solicito.

Autorizo a los Médicos que hayan asistido o examinado a mí y/o a 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 eximo de cualquier responsabilidad, incluyendo del secreto médico, por revelar la información relacionada con nuestros antecedentes de salud.

Otorgo también mi consentimiento expreso a MediAccess para que 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.

Sí No Consiento y autorizo

b) Políticas de privacidad

Hago constar que conozco el Aviso de Privacidad Integral 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/aviso.html>

Sí No Consiento y autorizo

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.

c) Notificaciones condiciones de la póliza

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, sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de MediAccess.

Acepto que 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 mis datos o documentos proporcionados al momento de la firma de esta solicitud.

Autorizo a recibir notificaciones y/o actualizaciones de mi plan contratado, y a que se me entregue en formato PDF (Portable Document Format) la documentación contractual, a través de:

Correo electrónico declarado en la "Sección INFORMACIÓN GENERAL"

El siguiente correo electrónico: _____

A través del agente que firma en Sección VIII, comprometiéndome a notificar de manera fehaciente a MediAccess cualquier cambio de Agente que realice durante la vigencia de la póliza.

Sí No Consiento y autorizo

d) Publicidad

Asimismo, autorizo para recibir en mi correo electrónico, teléfono móvil y/o fijo, particular o de trabajo que haya proporcionado en la Sección "INFORMACIÓN GENERAL" de esta solicitud, 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), obligándome a que en caso de no querer continuar recibiendo información publicitaria deberé manifestarlo fehacientemente y por escrito a la siguiente dirección de correo electrónico datospersonales@mediaccess.com.mx, indicando en el asunto "Revocación de Autorización para recibir Publicidad".

Sí No Consiento y autorizo

e) De la presente solicitud

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.

Sí No Consiento y autorizo

Con mi firma ratifico lo manifestado y marcado en cada una de las Secciones anteriores y por lo tanto otorgo mi consentimiento y autorización para que proceda en sus términos. Asimismo, reconozco que 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 solicitud.

Firma del Contratante o Representante Legal

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

Teléfonos: 55-1085-2000 Ext. 2020

Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3620, Piso 9 Oficina 901-B 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

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

Registro de comentarios en: asesoria@condusef.gob.mx

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 13 de junio de 2023 con el número CGEN-H0702-0007-2023/CONDUSEF-G-01368-003.