MediAccess®
Seguros de Salud

Solicitud Colectiva

Fecha (dd/mm/aaaa):

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

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.

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:

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA FÍSICA

Nombre (s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
CURP:	País de nacimiento:	
Entidad federativa de nacimiento:	Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):	
RFC (con homoclave si cuenta con ella):	Nacionalidad:	
Ocupación:	Teléfono:	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:	
Nacionalidad:	Teléfono:	Correo electrónico:
Nombre del representante legal:		
Número de referencia del fideicomiso:	País y entidad de constitución:	

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?	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?
¿Es usted cónyuge o familiar de algún funcionario Público?	☐ Sí ☐ No	¿De quién?

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:		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: 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)

Nota: Para el producto Plan Acceso Médico Modular: solo llenar el Total de Población.

	Titulares		Dependientes		Total
Edad	**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 ☐ No ☐	¿Este seguro será prestación laboral? Sí ☐ No ☐

Características particulares de la colectividad:

Inicio de vigencia (dd/mm/aaaa):	Fin de vigencia (dd/mm/aaaa):

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)

Producto: PrimeAccess

Coberturas Básicas

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

Coberturas Opcionales

Odontología ☐ No ☐ Si, copago: Porcentaje	Urgencia Médica ☐ No ☐ Si, copago: Porcentaje	Ayuda de lentes ☐ No ☐ Si

Producto: Integra

Coberturas Básicas

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: ☐ Si ☐ No	Ayuda de leche: ☐ Si ☐ No

Producto: Plan Acceso Médico Modular

Coberturas Básicas

Copago de consultas de primer contacto	Pesos	Suma asegurada	Número de consultas

Coberturas Opcionales

Consultas de segundo contacto	☐ Sí ☐ No	Copago	Pesos	Suma asegurada	Número de consultas
Medicamentos de primer contacto	☐ Sí ☐ No	Copago	Porcentaje	Suma asegurada	Pesos
Medicamentos de segundo contacto	☐ Sí ☐ No	Copago	Porcentaje	Suma asegurada	Pesos
Apoyos de diagnóstico	☐ Sí ☐ No	Copago	Porcentaje	Suma asegurada	Pesos
Orientación médica remota (Telemedicina)	☐ Sí ☐ No				

SECCIÓN V. FORMA DE PAGO

¿Cuál será la periodicidad del pago? ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual Monto:

Método de pago: ☐ Transferencia de cuenta del cliente ☐ Cheque de cuenta del cliente ☐ Transferencia o cheque de cuenta de un tercero ☐ En efectivo

Forma de administración de movimiento ☐ Normal ☐ Autoadministrado

Póliza normal: Las altas y bajas de Asegurados o beneficiarios se pagarán al momento de la emisión de la póliza.

Póliza autoadministrada: Las altas y bajas de Asegurados o beneficiarios las solicita el contratante y se pagan al término de la vigencia, conforme emisiones realizadas durante la vigencia de la póliza.

Todos los pagos se deben de realizar a los 10 días de la emisión, salvo pacto en contrario.

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.

Declaro que MediAccess podrá realizar la entrega de endosos durante la vigencia de la póliza al siguiente contacto:

Nombre _____

Correo electrónico _____ Firma _____

SECCIÓN VI. 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.

Consiento y autorizo Firma _____

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

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.

Consiento y autorizo Firma _____

c) Notificaciones condiciones de la póliza

Hago constar que mi agente me ha explicado las Condiciones Generales en donde se establecen los términos, exclusiones y limitaciones que contendrá la Póliza a la cual ingreso en esta solicitud. Manifiesto que otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas, aceptando las obligaciones a mi cargo como Contratante y/o Asegurado(s), y que dichas condiciones están disponibles en www.segurosmediaccess.com.mx, sin perjuicio de que me sean entregadas por parte del agente, o la propia aseguradora de forma digital, reservándome el derecho de solicitar un ejemplar impreso acudiendo a cualquiera de las oficinas de MediAccess o a través de mi agente.

Acepto seguir los procesos de MediAccess para el uso de los servicios, en términos de la póliza que me sea otorgada, así como dar cumplimiento a lo previsto en las Condiciones Generales que son aplicables de acuerdo al tipo de producto que solicito.

Acepto que la documentación de la póliza solicitada, incluyendo la presente solicitud podrá ser firmada mediante firma electrónica que cumple con las especificaciones de la normatividad mexicana, aceptando que el certificado digital será prueba fiel para acreditar el consentimiento, entrega de la documentación y tendrá el mismo valor legal que las firmas autógrafas a efecto de validez, exigibilidad y admisibilidad de conformidad con la legislación aplicable, renunciando a cualquier reclamación, acción legal relacionada con la validez del mismo.

Para tales efectos, acepto que se entregue en formato PDF (Portable Document Format) la documentación contractual.

Así mismo confirmo el correo electrónico _____ , al cual autorizo para recibir mi información y notificaciones, además de a mi agente autorizado.

Autorizo al 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.

Consiento y autorizo Firma _____

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.
En caso de renovaciones el Asegurado manifiesta que prevalecen las preexistencias y endosos que se informen durante la vigencia de la póliza.

Consiento y autorizo Firma _____

SECCIÓN VII. AGENTES

Nombre completo del agente principal:	
Clave de agente:	Firma de agente:

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 y 2120 **Dirección:** Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, 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 22 de mayo de 2025 con el número CGEN-H0702-0004-2025/CONDUSEF-G-00746-005.