

Programación de Cirugía

 Tratamiento Médico

 Reembolso

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Apellido paterno, Materno y Nombre del paciente:	No. Póliza:	Edad:	Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
--	-------------	-------	--

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Causa de atención: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   ¿Cuál?
--	--

**HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)**

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Antecedentes gineco-obstetricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)

**PADECIMIENTO ACTUAL**

Describir diagnóstico, indicando si es unilateral, bilateral y zona afectada.	Fecha de inicio Día   Mes   Año	
Principales signos y síntomas.	Fecha de inicio Día   Mes   Año	
Especificar evolución del diagnóstico	Código CIE-10	Fecha de diagnóstico Día   Mes   Año

**Tipo de padecimiento:**    Congénito    Adquirido    Agudo    Crónico

 ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?:    Sí    No   ¿Cuál?

En caso de accidente, detalle cómo y dónde ocurrió

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico)

Peso \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO REALIZADO

Descripción del tratamiento (médico y/o quirúrgico)

Código CPT-4: \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones?

Sí  No

Descripción de complicaciones

### TRATAMIENTO A PROGRAMAR

Descripción del tratamiento a realizar (médico y/o quirúrgico)

**Tipo de estancia:**  Urgencia

Hospitalaria

Corta estancia/ambulatoria

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: 

Día	Mes	Año

Fecha de egreso: 

Día	Mes	Año

¿Su cirugía requiere de algún tipo de material extra (osteosíntesis, injertos, válvulas, implantes, tornillos, prótesis, etc.).

Sí

No

Indique la descripción y nombre del proveedor (anexar cotización): \_\_\_\_\_

### OTROS TRATAMIENTOS

Describa el tratamiento: \_\_\_\_\_

Si su tratamiento fue o es terapia inmunológica, biológica, etc., justifique tratamiento: \_\_\_\_\_

Número de sesiones: \_\_\_\_\_

Días: \_\_\_\_\_

**Sesiones de quimioterapia:**

Medicamento: \_\_\_\_\_

No. de sesiones: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Intervalo: \_\_\_\_\_

**Sesiones de rehabilitación física:**

Días: \_\_\_\_\_

No. de sesiones: \_\_\_\_\_

**¿Requiere servicio de enfermería?:**

Días requeridos:

Horas por día:

 Matutino Vespertino Nocturno 24 Horas

Observaciones

**DATOS DEL MÉDICO**

Nombre del médico	Monto	Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad
Médico o especialista	\$			
Médico cirujano	\$			
Médico anestesista	\$			
1er. ayudante	\$			
2do. ayudante	\$			
Interconsultas	\$			

Especialistas \_\_\_\_\_

¿Pertenece a la Red MAPFRE?

Sí No 

En caso de no pertenecer a la Red MAPFRE, ¿acepta tabulador?

Sí No 

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en la Carta de Obligaciones en Materia de Datos Personales, así como Aviso de Privacidad.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante

MAPFRE TEPEYAC, S.A., hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada.

Consulte el aviso íntegro en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)

**DENUNCIA ANÓNIMA:** Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx) (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)

## CARTA DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE DATOS PERSONALES

PRESENTE.

Por este medio, nos referimos a las obligaciones derivadas de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Reglamento y regulación secundaria emitida sobre la misma ( "LA LEY"), en especial las relativas a la obtención y autorización al tratamiento de los datos personales, de cuyos titulares forman parte de una cartera de clientes o empleados actuales o bien prospectos o en proceso o que han dejado de serlo ("TITULARES") y que en conjunto conforman una Base de Datos ("LA BASE"), los cuales fueron recabados y captados de manera inicial por una de las personas y/o entidades que forman parte de la relación jurídica o contractual vigente ("LA CAPTADORA") y que en términos de la citada Ley reviste el carácter de "RESPONSABLE".

Sobre el particular se manifiesta que, en virtud de la relación jurídica o contractual vigente, aquella entidad que actuando como LA CAPTADORA y como la "RESPONSABLE" inicial de tratamiento de datos, en este caso MAPFRE, está obligada a poner a disposición de sus TITULARES su Aviso de Privacidad, a efectos de que LA BASE pueda ser compartida con la entidad receptora de los datos ("LA RECEPTORA").

Igualmente MAPFRE actuando en su calidad de LA CAPTADORA y "RESPONSABLE", de acuerdo a la solicitud que sea presentada por los "TITULARES" que en ejercicio de sus Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición ("Derechos Arco") le presenten o bien por virtud de requerimientos que sobre los mismos le notifiquen a las autoridades competentes, está obligada a dar las respuestas en términos de la normatividad vigente de la materia.

Para efectos del presente comunicado, se adjunta el Aviso de Privacidad de MAPFRE TEPEYAC, S.A., el cual ha sido puesto a disposición de los TITULARES en su calidad de "LA CAPTADORA", bajo el cual se verifica el tratamiento de sus datos.

Por último le informamos que actuando como LA RECEPTORA y exclusivamente en su calidad de "ENCARGADO", conforme a LA LEY tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Tratar únicamente los datos personales conforme a las instrucciones de MAPFRE;
- II. Abstenerse de tratar los datos personales para finalidades distintas a las instruidas por MAPFRE;
- III. Implementar las medidas de seguridad conforme a LA LEY;
- IV. Guardar confidencialidad respecto de los datos personales tratados;
- V. Suprimir los datos personales objeto de tratamiento una vez cumplida la relación jurídica con MAPFRE o por instrucciones de la misma, siempre y cuando no exista una previsión legal que exija la conservación de los datos personales, y
- VI. Abstenerse de transferir los datos personales salvo en el caso de que MAPFRE así lo determine, la comunicación derive de una subcontratación o cuando así lo requiera la autoridad competente.

ATENTAMENTE

MAPFRE TEPEYAC, S.A.



MAPFRE TEPEYAC, S.A.

 Av. Paseo de la Reforma No. 243, Colonia Cuauhtémoc,  
 Delegación Cuauhtémoc, C.P 06500. México, Distrito Federal.

Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones al reverso.	¿Qué tipo de reclamación desea hacer? <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complemento		Número de siniestro:													
Nombre del paciente:			R.F.C.													
Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de póliza:											Número de riesgo:		
Nombre del titular:																
Nombre o razón social del contratante:																
Si cuenta con la cobertura de Indeminización Diaria por Incapacidad y/u Hospitalización Diaria, indique la fecha de incapacidad u hospitalización:													_____ / _____ / _____		día mes año	
<b>Aviso de accidente o enfermedad</b> (llenar solo en reclamaciones iniciales)																
Causa de atención: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo			Fecha en que se atendió por primera vez: _____ / _____ / _____													
			día mes año													
			Fecha de accidente o inicio de síntomas: _____ / _____ / _____													
			día mes año													
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique cual:																
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:																
Si es accidente, detalle cómo y dónde ocurrió:																
¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?																
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)																
Nombre del hospital donde se atendió:																
Dirección:																
Fecha de ingreso: _____ / _____ / _____			Fecha de egreso: _____ / _____ / _____			Número de días de hospitalización:										
día mes año			día mes año													
¿Ha estado antes enfermo de un padecimiento igual o similar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique el tratamiento: Médico: <input type="checkbox"/> Quirúrgico: <input type="checkbox"/>																

**Información sobre su pago**

Forma de pago:														
<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica: Clabe interbancaria _____														
Datos del beneficiario del pago:														
Pago a favor de:														
Calle:					No.					Colonia				
Delegación o Municipio:										Población o Ciudad:				
Estado:					Código postal :					País de nacimiento:				
Nacionalidad:					Teléfono (s):					Celular:				
R.F.C.:					CURP:					Número de serie de la firma electrónica avanzada:				
Ocupación o Profesión:										Actividad o Giro del negocio:				
Correo electrónico:														
Ocupa o ha ocupado durante los últimos 2 años cargo o función pública: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
En caso de respuesta afirmativa, indique el cargo: _____														
NOTA: Si el asegurado o beneficiario es o ha sido funcionario público destacado, deberá entregar el Formato correspondiente al Anexo A														

**En caso de ser extranjero, llenar los datos de su país de origen:**

Dirección:														
Código postal:			P.O. Box			Estado:			País:			Clave país + código ciudad + teléfono:		

Declaro que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente autorizo expresamente para utilizar la presente información con cualquiera de las entidades financieras relacionadas a MAPFRE TEPEYAC S.A. Con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

El presente finiquito no prejuzga sobre la procedencia de la indemnización, sin embargo en caso de proceder el pago y una vez realizado el mismo, MAPFRE TEPEYAC, S.A., se sobrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra él o los causantes del daño. Esto de conformidad con los artículos 111 y 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

De acuerdo al dictamen médico administrativo de la reclamación ingresada y en caso de que se realice el pago de la indemnización que corresponda, ya sea vía transferencia o cheque, manifiesto que en este acto otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal o derecho alguno que ejercitar en contra de MAPFRE TEPEYAC, S.A., derivado de la presente reclamación.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

Lugar donde se presenta la reclamación

Firma del beneficiario del pago

**DENUNCIA ANÓNIMA:** Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en [www.Mapfre.com.mx](http://www.Mapfre.com.mx) (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)

**Documentación entregada**

Marque la documentación que anexa

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe Médico                         | <input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio interpretados |
| <input type="checkbox"/> Copia de receta médica                 | <input type="checkbox"/> Comprobantes de gastos                |
| <input type="checkbox"/> Estudios de imagenología interpretados | <input type="checkbox"/> Otro: _____                           |

Número de factura y/o recibo	Nombre del proveedor	Importe
1.-		\$
2.-		\$
3.-		\$
4.-		\$
5.-		\$
6.-		\$
7.-		\$
8.-		\$
9.-		\$
10.-		\$
11.-		\$
12.-		\$
13.-		\$
14.-		\$
15.-		\$
<b>Total reclamado:</b>		<b>\$</b>

Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, procurando presentar éstos en el mismo orden.

Observaciones:

**Instrucciones:**

- Este formato debe ser llenado en su totalidad con letra molde y firmado por el beneficiario del pago.
- Los documentos a anexar al presente formato son:
  - Informe médico. Debe ser llenado por su médico tratante y presentándolo sólo en siniestros iniciales y cada seis meses y/o cada año a partir de la fecha que ingresó la primer reclamación. Si presenta gastos por varios médicos, deberá anexar informe de cada uno de ellos.
  - Comprobantes originales. Los cuales deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y venir a nombre del afectado (si éste es menor de edad deberán venir a nombre del beneficiario del pago) detallando el concepto del gasto.
  - Copia de la Identificación oficial del beneficiario del pago.
  - Comprobante de domicilio. El cual no deberá ser mayor a 3 meses de antigüedad.
  - Copia de Estado de Cuenta bancario. Deberá reflejar la clabe interbancaria en caso de que su pago sea por transferencia (única ocasión).

**Recomendaciones:**

- Las facturas de laboratorio o imagenología deberán venir acompañadas de los resultados e interpretación de los estudios realizados.
- Las facturas de farmacia deberán acompañarse por la receta médica correspondiente e indicar los medicamentos o artículos que no correspondan al paciente.
- En caso de que se presente dos reclamaciones simultáneas, de ser posible, separe los gastos de cada padecimiento y requisite para cada uno toda la documentación requerida.
- Lea las Condiciones Generales de la Póliza del plan que contrató antes de tramitar cualquier reclamación, debido a que pueden existir exclusiones y limitaciones. En caso de duda, acuda con su Agente Profesional de Seguros.

# AVISO DE PRIVACIDAD

## I. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE

MAPFRE TEPEYAC, S.A., con domicilio ubicado en el número 243 de Avenida Paseo de la Reforma, Colonia y Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500, en México, Distrito Federal, hace de su conocimiento que sus datos personales recabados, que se recaben o se generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso, se celebre, se verificará tratamiento sobre los mismos de acuerdo con las siguientes categorías:

## II. DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN

### CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES:

- Datos patrimoniales y financieros.
- Datos de identificación.
- Datos de imagen física, dactiloscópicos, caligráficos, oculares y biométricos.
- Datos laborales, ocupación y aficiones.
- Datos académicos.
- Datos de tránsito y migratorios.
- Datos sobre procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales.

### CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES SENSIBLES:

- Datos de salud
- Características físicas.
- Hábitos personales.

## III. MEDIOS DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los Datos señalados de acuerdo a las Categorías y sub categorías antes mencionadas, que se obtengan:

1) De manera directa, por medio de cualquiera de nuestras oficinas y sucursales a través de funcionarios y empleados autorizados para ello, mediante medios remotos ya sean electrónicos o físicos, a través de nuestro sitio web, dirección de correo electrónico o nuestro centro de contacto telefónico.

2) De manera indirecta, mediante transferencias que se realicen por conducto de personas físicas o morales autorizadas, a través de una fuente de acceso público, y en general, que se hayan obtenido en virtud de haber sido generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre.

## IV. FINALIDADES

Del mismo modo, los referidos Datos Personales se tratarán para todos los fines vinculados con la mencionada relación jurídica y las obligaciones derivadas de la misma. Adicionalmente y de manera específica, dependiendo del tipo de titular las finalidades también serán:

Visitantes en general, por razones de seguridad y vigilancia: Cuando sea necesario para protección de los bienes muebles e inmuebles donde reside el domicilio y las oficinas del responsable, así como para proteger también a las personas y sus pertenencias, cuando acceden a dichas oficinas.

Recursos Humanos (Candidatos, empleados y ex empleados) Se utilizarán para todos los fines vinculados con la relación laboral, en especial para selección, para verificar referencias de empleos anteriores, reclutamiento, bolsa de trabajo, capacitación, evaluación y medición de habilidades y competencias, así como definición de acciones de desarrollo, y el pago de prestaciones laborales.

Clientes (Proponentes, contratantes, asegurados, beneficiarios y proveedores de recursos). Se utilizarán para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley sobre el Contrato de Seguro, para evaluar su solicitud de seguro, suscripción, emisión, tramitación, investigación, verificación, validación y confirmación de los datos para la cotización y ofrecimiento de programas de

aseguramiento previamente solicitados; del mismo modo, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros derivados de dichos programas; cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estudios estadísticos, cuyo tratamiento podrá ser de manera indistinta mediante sus propios medios y recursos; así como, remisión de dichos datos a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta de aseguramiento o bien calificar la procedencia del beneficio solicitado en caso de siniestro, o cualquier derecho sobre el servicio contratado.

## V. FINALIDADES SECUNDARIAS DEL TRATAMIENTO

Igualmente los datos recabados tendrán finalidades que no dan origen a la relación jurídica "Finalidades Secundarias", las cuales se componen por: el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios, así como la prospección comercial, en cuyo caso se entenderá aceptado dicho tratamiento hasta en tanto no proceda a informarnos lo contrario a través de la revocación del consentimiento,

Si usted no está de acuerdo con el tratamiento de sus datos para las finalidades secundarias, podrá manifestar su negativa siguiendo cualquiera de los siguientes mecanismos:

• Si proporciona sus datos en forma personal; de su puño y letra, indicando en el formato que se entregue en ese momento, que no está de acuerdo a dicho tratamiento.

• Si proporciona sus datos en forma directa, siguiendo los mecanismos que en los propios medios de contacto se le indiquen.

• Si proporciona sus datos en forma indirecta, a través del correo electrónico arco\_mapfre@mapfre.com.mx mediante la cual cuenta con cinco días a partir de la consulta del presente aviso, para que en su caso el titular manifieste su negativa para el tratamiento del o las mencionadas Finalidades Secundarias, quedando a salvo el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionando la información solicitada en el apartado VII de este aviso.

## VI. TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

Igualmente, usted reconoce la transferencia de sus datos que pudiera realizarse, en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Sistema MAPFRE, sus subsidiarias y afiliadas; así como a personas y entidades distintas a las anteriores, de aquellos datos que derivan de la relación jurídica y que son necesarios o dan origen a la misma, en específico que forman parte de los siguientes sectores:

### A) Entidades de Carácter Privado:

A.1 Financieras, Aseguradoras, Afianzadoras, profesionales médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, empresas de asistencia y asesoría jurídica; asociaciones gremiales y de fines estadísticos, cuya finalidad consiste en dar cabal cumplimiento a los servicios contratados por los clientes, así como seleccionar los riesgos o bien verificar la procedencia de una reclamación derivada de un siniestro.

### B) Entidades del Sector Público:

B.1 Autoridades financieras, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

B.2 Autoridades judiciales, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial; IMSS, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.

Del mismo modo usted reconoce que, bajo ningún supuesto o circunstancia son compartidos sus datos sensibles, patrimoniales o financieros, que no deriven de la relación jurídica o que no sean necesarios o no den origen a la misma. En adición a lo anterior, en caso de que se requieran tratar para una o varias Finalidades Secundarias no informadas en el presente Aviso, la o las mismas le serán comunicadas mediante la modificación al presente el aviso de privacidad, el cual le será puesto a su disposición nuevamente en el tiempo y forma que correspondan.

La información personal no pública entregada en nuestra calidad de Responsable es tratada con la debida confidencialidad y no será vendida o cedida a terceros.

En caso de hacerse alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso se recabará el mismo.

## VII. SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO) Y REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el apartado I de este aviso o, en su caso, a través de la dirección de correo electrónico arco\_mapfre@mapfre.com.mx, misma que es atendida y administrada por el área de Seguridad de la Información.

Usted podrá proceder conforme a lo señalado en el párrafo anterior, a través del siguiente procedimiento:

### 1) Requisitos:

- Nombre completo del Titular.
- Copia de documento que acredite su identidad (Credencial de elector vigente, Pasaporte, FM3), la cual deberá anexar al correo de la solicitud.
- Medio para proporcionarle la respuesta (domicilio u otro medio).
- Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que busca ejercer sus derechos ARCO.
- Derecho ARCO a ejercer y descripción detallada de la solicitud.
- Número de póliza y tipo de esta. (Si es que cuenta con el mismo)

### 2) Plazos:

- Se le informará en máximo 5 días después de recibida la aceptación o negativa de su solicitud.
- Se le proporcionará respuesta de su solicitud en máximo 20 días después de recibida.
- Usted tendrá 5 días máximo después de recibir respuesta a su solicitud para cancelar la misma.

### 3) Medios de Respuesta:

- Para derechos de Rectificación, Cancelación u Oposición  
i. Por correo electrónico.  
ii. Por correo a una dirección que nos proporcione.
- Para derechos de Acceso:  
i. Entrega física en oficina comercial previa identificación del Titular.

Por su parte la revocación del consentimiento usted la puede ejercer de conformidad con lo siguiente:

### 1) Requisitos:

- Nombre completo del Titular.
- Copia de documento que acredite su identidad (Credencial de elector vigente, Pasaporte, FM3), la cual deberá anexar al correo de la solicitud.

- Medio para proporcionarle la respuesta (domicilio u otro medio).
- Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que busca ejercer su revocación.
- Número de póliza y tipo de esta. (En caso de que cuente con el mismo)

### 2) Plazos:

- Se le informará en máximo 5 días después de recibida la aceptación o negativa de su solicitud.
- Se le proporcionará respuesta de su solicitud en máximo 20 días después de recibida.
- Usted tendrá 5 días máximo después de recibir respuesta a su solicitud para cancelar la misma.

### 3) Medios de Respuesta:

- Por correo electrónico.
- Por correo a una dirección que nos proporcione.

## VIII. OPCIONES PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas, procedimientos y controles de seguridad y confidencialidad de la información, las cuales pueden ser consultadas en la página [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)

Asimismo, con independencia a los procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento, usted podrá limitar el uso y divulgación de sus datos personales, mediante la inscripción de sus datos en el Registro Público de Usuarios de Servicios Financieros a los que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuya liga de acceso la ponemos a su disposición [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

En cuanto al uso de las llamadas "cookies", "web beacons" u otras tecnologías similares, que a través de medios remotos o locales, de comunicación electrónica, óptica u otra tecnología, que permiten recabar sus datos personales de manera automática y simultánea al momento en que usted como titular hace contacto con los medios indicados, se le informa categóricamente que se encuentran totalmente deshabilitados en aquellos medios en los que MAPFRE haga contacto con usted.

Del mismo modo, en los contratos con nuestros proveedores de internet se establece prohibición al uso de dichas tecnología para recabar datos de manera automática, como se indica en el párrafo anterior.

## IX. MODIFICACIONES AL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx), a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

Finalmente, para el caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares a través de su conducto, del mismo modo usted acepta y reconoce la obligación de hacerles de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad a dichos titulares o bien indicar los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido aviso, así como de informarles que ha proporcionado tales datos a MAPFRE TEPEYAC, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 1º AGOSTO/2013