



Seguro Individual/Familiar de Salud

Solicitud No. _____
 Fecha _____

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social	
RFC	CURP (personas físicas)
Relación con el Solicitante	Forma de Pago: ANUAL
Domicilio	
No. Exterior e Interior	Código Postal Colonia
Delegación	Ciudad Estado
Teléfono domicilio	E-mail

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

Domicilio de correspondencia		Entre qué calles			
Colonia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono oficina	Horario de entrega

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Estado Civil	Género (M/F)	Ciudad donde Reside	Peso (Kg.)	Estatura (Mts)
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									
Hijo 4									

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada una de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Hábitos Personales	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. ¿Consumo bebidas alcohólicas? (No. de copas y frecuencia)							
2. ¿Fuma o ha fumado (No. de cigarrillos al día)?							
3. ¿Visita al Odontólogo por lo menos una vez al año?							
4. ¿Practica algún deporte? (Deporte y frecuencia)							
Estado de Salud							
5. ¿Padece o ha padecido de problemas neurológicos como epilepsia o migraña entre otros?							
6. ¿Padece diabetes?							
7. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardíacas o presión arterial alta?							
8. ¿Padece o ha padecido de problemas ginecológicos como fibrosis o miomas entre otros?							
9. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del hígado como hepatitis B/C o cirrosis entre otras?							
10. ¿Padece o ha padecido de la columna vertebral como escoliosis o hernias discales entre otras?							
11. ¿Padece o ha padecido del riñón y/o del sistema urinario como cálculos entre otros?							
12. ¿Padece o ha padecido de enfermedades pulmonares como asma, bronquitis o neumonía entre otras?							
13. ¿Padece o ha padecido de problemas gástricos como colitis, gastritis o úlcera gástrica entre otros?							
14. ¿Padece o ha padecido de deformaciones en las articulaciones o artritis?							
15. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?							
16. ¿Padece o ha padecido de niveles altos de colesterol, triglicéridos o lípidos?							
17. ¿Tiene o ha tenido algún tumor maligno o cáncer?							
18. ¿Padece alguna enfermedad o padecimiento diferente a los mencionados anteriormente (hospitalizaciones u otros padecimientos previos o cirugías pendientes)?							
19. ¿Usa o necesita lentes de graduación?							

III. EXCLUSIVO PARA MUJERES

Parentesco	¿Esta actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

IV. OTROS SEGUROS

Parentesco	Tipo de Seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia

DECLARACION DEL ASEGURADO

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a _____, la información de su conocimiento y que a su vez _____, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

_____, a _____ de _____ de _____

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular
(En caso de que sea distinto al Contratante)

En este espacio se deben incluir los datos de la Unidad Especializada de la Entidad Financiera y los datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (página electrónica y el teléfono 01800)

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.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de Marzo de 2016 con el número CNSF-H0707-0012-2016/CONDUSEF-001264-01.