



Póliza \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO

#### ■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Fecha de Nacimiento
Ocupación Actual (describa a detalle sus labores actuales)	Peso	Estatura

El motivo por el que se canceló mi póliza es:

---



---

¿Actualmente practica deportes de alto riesgo? Se consideran deportes de alto riesgo: carreras de autos; motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo en ala delta, esquí en nieve o acuático, rafting o cualquier otro similar. <b>En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario correspondiente a Deportes Peligrosos.</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Viaja y/o tiene planeado viajar en los próximos 12 meses a bordo de cualquier aeronave privada (se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios fijos)? <b>En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de Aviación.</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

¿Fuma?  No  Sí Frecuencia \_\_\_\_\_ (día, semana, mes y año) Cantidad \_\_\_\_\_  
Clase (pipa, puro y/o cigarrillo, cigarrillo electrónico, vapeador) \_\_\_\_\_

¿Consume bebidas alcohólicas?  No  Sí Frecuencia \_\_\_\_\_ (día, semana, mes y año) Cantidad \_\_\_\_\_

Tipo (cerveza, vino, tequila, etc.) \_\_\_\_\_ ¿Usa o ha usado drogas?  No  Sí  
**En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de drogas psicoactivas.**

Indique si ha tenido tratamiento o consulta médica por:

1.	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	Desórdenes nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	Desórdenes de cerebro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	Enfermedades respiratorias o de pulmones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	Colesterol y/o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí



8.	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9.	Cáncer o tumor de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10.	Presión sanguínea alta o baja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12.	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13.	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
14.	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o enfermedades asociadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
15.	Conteste sólo si la asegurada es mujer, ¿Está usted embarazada? Tiempo de gestación _____ Complicaciones _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
16.	¿Ha consultado a un especialista o ha sido examinado o tratado en hospitales o clínicas?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
17.	¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica o alguna prueba especial en los últimos 5 años o tiene previsto hacerlo en los próximos 2 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 17, favor de proporcionar todos los detalles que se solicitan a continuación:

Número de pregunta	Enfermedad o causa	Fecha de diagnóstico	Tratamiento	Duración de enfermedad	Complicaciones y/o secuelas	Nombre y especialidad del médico tratante

### ■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido, podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a la Compañía toda la información que se requiera, tales como resultados de estudio de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a la Compañía, la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original.



Este documento sólo constituye una solicitud de rehabilitación y por lo tanto no garantiza su aceptación por parte de la Compañía de Seguros. Para que esta rehabilitación surta efecto, además de requerir la aprobación del área de Suscripción, se requiere el pago de todas las primas que se encuentren pendientes.

Las declaraciones de este formato tienen una validez de un mes a partir de la fecha de la firma del mismo.

### ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

Nombre y Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

“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 26 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0091-2023/ CONDUSEF-G-00240-002”.

Muestra sin valor