



No. \_\_\_\_\_

Esta solicitud deberá ser contestada en su totalidad con tinta negra, indeleble y sin tachaduras ni enmendaduras.

### ■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) \_\_\_\_\_

Género

Fecha de Nacimiento

F  M

DDMM/AAAA

País de Nacimiento

Entidad Federativa de Nacimiento

Nacionalidad

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

RFC (con Homoclave)

CURP (Mexicanos)

¿Cuenta con FIEL?

Sí

No

FIEL (Certificado Digital)

Tipo de Identificación

Número de Identificación

Vigencia

Domicilio (Calle y Número)

Colonia

Alcaldía / Municipio

Estado

Código Postal

Teléfono Casa

Teléfono Trabajo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)

Nombre y giro de la empresa donde labora

Ingreso anual por ocupación

\$

Ingresos anuales adicionales (especificar el origen)

\$

¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí

No

¿El solicitante y el contratante es la misma persona?

Sí

No

¿Actúa por cuenta propia?

Sí

No

Estoy de acuerdo que si no cuento con un RFC activo ante el SAT, la factura/recibo se generará con un RFC genérico.

■ **DATOS DEL CONTRATANTE**

Llenar sólo si el Contratante y Solicitante son distintas personas.

Tipo de persona:  Física  Moral Relación con el solicitante (especifique) \_\_\_\_\_

Apellido Paterno, Materno y Nombre o Razón Social

Nacionalidad		RFC (con Homoclave)	
¿Cuenta con FIEL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FIEL (Certificado Digital)	
Domicilio (Calle y Número)		Colonia	
Alcaldía / Municipio		Estado	Código Postal
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular / Celular del Representante Legal	
Correo Electrónico / Correo Electrónico del Representante Legal			

**Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Física**

Fecha de Nacimiento	Género	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento	CURP
D D M M A A A A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			D D M M A A A A
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Vigencia
				D D M M A A A A
Nombre y giro de la empresa donde labora		Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)		
Ingreso anual	Ingresos adicionales (especificar origen)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
\$	Pesos	Anualmente ascienden a \$		
¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero?				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

**Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral**

Folio Mercantil	Fecha de Constitución	Actividad o Giro		
	D D M M A A A A			
Ingreso anual	Ingresos adicionales (especificar origen)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
\$	Pesos	Anualmente ascienden a \$		
Nombre del Representante Legal				

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí  No

■ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

**ADVERTENCIA:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
1		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Beneficiario Número	Parentesco o relación con el Solicitante	%	¿Domicilio igual al del Solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)
1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3			<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%.*

■ HISTORIAL DE SEGUROS

¿Tiene Seguros de Vida Individual en vigor con otra Aseguradora?  Sí  No

Sólo considerar los contratados de forma particular, no los seguros derivados de algún crédito o aquéllos que fueron contratados en forma grupal como prestación laboral. En caso de tener otros Seguros de Vida en vigor favor de indicar:

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

¿Está solicitando actualmente un Seguro de Vida en otra Compañía?  Sí  No

En caso afirmativo, indique lo siguiente

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

■ CUESTIONARIO MÉDICO Y DE ACTIVIDADES

1. Peso y Estatura	_____ kilogramos _____ metros
2. ¿Ha fumado durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clase (pipa, puro y/o cigarrillo) _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
3. ¿Consumes bebidas que contienen alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
4. Indique si se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de cardiopatía isquémica, cirugía valvular, cuestionario de soplo cardiaco, diabetes mellitus y/o enfermedades tiroideas.
a. Problemas cardiacos (presión alta, ataque cardiaco o infarto, angina de pecho, soplos o enfermedades de las válvulas cardiacas), diabetes mellitus, prediabetes, azúcar alta y/o enfermedades tiroideas (hipo o hipertiroidismo, etc.)	
b. Tumores benignos o malignos (cáncer), melanoma, leucemia y/o linfoma.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de tumores malignos, benignos, linfoma de hodgkin/linfoma no hodgkin y/o leucemia.
c. Enfermedades respiratorias (como asma, tuberculosis, bronquitis crónica, enfisema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de enfermedades pulmonares.
d. SIDA, resultados positivos en la prueba de HIV y/o enfermedades de transmisión sexual (como gonorrea, sífilis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
5. Indique si en los últimos 10 años se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico, cuestionario de epilepsia y/o de salud mental.
a. Enfermedades del sistema nervioso (derrame, embolia o infarto cerebral, epilepsia, desmayos frecuentes, Alzheimer) y/o enfermedades mentales (como depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.)	
b. Enfermedades de columna (como hernias de disco, desviaciones, etc.) problemas en las articulaciones (como artritis, etc.) y/o enfermedades reumáticas (como lupus, artritis reumatoide, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el Cuestionario de Padecimientos de Columna y/o informe médico.
c. Enfermedades digestivas (como úlceras, sangrado en el estómago, etc.) y/o enfermedades del hígado (como hepatitis B, hepatitis C, cirrosis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
6. Indique si en los últimos 5 años se le han diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
a. Enfermedades de los riñones o en las vía urinarias (como cálculos, insuficiencia renal, sangre o proteína en la orina, etc.)	
b. ¿Colesterol y/o triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, autorizar se le practiquen exámenes médicos.
7. ¿Tiene algún defecto auditivo o de la vista? (No considerar miopía, astigmatismo o hipermetropía)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
8. ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya declarado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar los detalles solicitados en la siguiente sección.

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

9. Si la Solicitante es mujer, ¿está embarazada? ¿Ha tenido complicaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Semana de gestación _____ Complicación _____
10. ¿Le falta alguna extremidad o parte de la misma (mano, brazo, pierna, pie, dedo pulgar, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidad _____ Fecha _____ Motivo de pérdida _____
11. ¿Autoriza se le practiquen exámenes médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿En los últimos 10 años le han practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Cirugía _____ Fecha _____ Estado de salud actual _____
13. ¿En los últimos 5 años ha hecho uso de alguna droga o estimulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de uso de drogas psicoactivas.
14. ¿Está expuesto a armas de fuego, explosivos, herramientas punzocortantes, maquinaria pesada, trabajo en alturas, manejo de alta tensión, sustancias químicas o peligrosas y/o radiaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expuesto a: _____ En caso afirmativo, llenar cuestionario de ocupación.
15. ¿Actualmente practica algún deporte como artes marciales, boxeo, lucha, carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo ala delta, esquí agua o nieve, tauromaquia, charrería, rafting o cualquier otro similar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario correspondiente.
16. ¿Actualmente utiliza motocicleta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Frecuencia _____ (día, semana o mes)
17. ¿Pilotea o desempeña actividades aéreas como miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave? Por ejemplo: avión, planeador o cualquier otro similar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación.
18. ¿Viaja a bordo de cualquier aeronave privada? Se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Frecuencia _____ Tipo de aeronave _____ Horas anuales _____ Tipo de Viaje _____ Destino(s) principal(es) _____

■ **AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES DE Prudential Seguros México**

Los datos personales que proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Torre Carracci Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, quien es Responsable del tratamiento de sus datos personales. Los datos personales y, en su caso, los datos personales sensibles recabados serán tratados para las siguientes finalidades: (i) identificación, registro y contacto; (ii) evaluación del riesgo correspondiente; (iii) formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio; (iv) brindar atención y seguimiento, así como administrar, mantener o renovar el contrato de seguro, producto y/o servicio; (v) dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de las disposiciones legales aplicables; y (vi) envío de información con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para informarle sobre nuevos lanzamientos, productos, servicios o promociones. Para conocer más información sobre el tratamiento de sus datos personales, así como el ejercicio de sus derechos ARCO consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral disponible en <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>.

Declaro que Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante, "Prudential"), previamente ha puesto a mi disposición su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo y entendiendo su contenido, a través de la presente solicitud de seguro, otorgo mi consentimiento expreso para que mis datos personales, incluyendo mis datos personales sensibles, sean tratados y, en su caso, transferidos conforme lo establecido en el Aviso de Privacidad Integral de Prudential.

De igual forma, en caso de haber proporcionado a Prudential datos personales de otros titulares, declaro haberles informado previamente el contenido del Aviso de Privacidad Integral y haber obtenido su consentimiento para que Prudential trate sus datos personales para las finalidades ahí descritas, así como haberles indicado los medios por los cuales dicho Aviso se encuentra a su disposición.

Las Condiciones Generales de la póliza que incluyen la descripción y las exclusiones de las coberturas, las puede consultar en cualquier momento en nuestra página [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

Para cualquier consulta, queja o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en nuestra Unidad Especializada en Atención a Consultas y Reclamaciones ubicada en Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Teléfono 55 11 03 70 00

Por correo electrónico (consulta, queja o siniestro): [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

**PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE/CONTRATANTE**

Favor de utilizar la siguiente sección si desea aclarar o ampliar alguna información.

■

---

---

---

---

---

■ **PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS (1)**

Lugar donde se llevó a cabo la entrevista:  Casa  Oficina  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Se presentó algún contratiempo en el proceso de identificación del cliente  Sí  No

Describe el contratiempo \_\_\_\_\_

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante y/o Solicitante?

---



---



---

	Nombre	Clave	%
Agente de Seguros 1			
Agente de Seguros 2			

Tipo de Comisión  Nivelada  Decreciente

MONEDA  PESOS  DÓLARES  UDI  
 FRECUENCIA  ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSUAL

Cobertura Básica			Coberturas Adicionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada
			<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas			
			<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente			
			<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves Plus			
<input type="checkbox"/> Garantía Prudential	<input type="checkbox"/> Respaldo Prudential	<input type="checkbox"/> Retiro Prudential	<input type="checkbox"/> Hospitalización			
<input type="checkbox"/> Bienestar Prudential	<input type="checkbox"/> Respaldo Prudential Premium	<input type="checkbox"/> Retiro Prudential con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Fracc V	<input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce			
<input type="checkbox"/> Bienestar Prudential Premium	<input type="checkbox"/> Vida		<input type="checkbox"/> Retiro Plus			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
<b>Plazo de Cobertura</b>	<b>Plazo Pago de Primas</b>	<b>Suma Asegurada</b>	<input type="checkbox"/> Retiro Plus			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			

Planes Complementarios	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
1				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
2				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
3				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
4				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
5				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	

Planes Complementarios	Suma Asegurada	Prima
<input type="checkbox"/> Reserva Prudential		

**LAS SIGUIENTES SÓLO DEBERÁN SER LLENADAS POR EL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA. EN CASO DE TRATARSE DE PERSONA MORAL SE DEBERÁ LLENAR UN FORMATO ADICIONAL**

El Gobierno de su país podría celebrar un acuerdo para compartir información fiscal con las autoridades de otras jurisdicciones. A continuación solicitaremos su residencia y número de identificación fiscal (si procede) y registraremos esta información en nuestras bases de datos, pero solamente revelaremos esta información a las autoridades fiscales pertinentes (certificadas u autorizadas para ello), siempre y cuando ésta sea requerida bajo la regulación de su país y convenio internacional adscrito con México.

Si usted tiene alguna duda sobre cómo llenar las preguntas siguientes, se recomienda que hable con su asesor fiscal o jurídico.

1. ¿Tiene responsabilidad fiscal en otro(s) país(es) diferente(s) a México?

Sí  No

Si usted es considerado ciudadano de los EEUU o cuenta con pasaporte norteamericano o tarjeta de residencia (Green Card), también será considerado residente para efectos fiscales en los EEUU, aún cuando viva fuera de territorio norteamericano.

2. Si respondió "Sí" a la pregunta uno, por favor agregue en la tabla de abajo el país o países donde usted tiene responsabilidad fiscal, agregando también el Número de Identificación Fiscal correspondiente (Tax Identification Number – TIN). En caso de no contar con el Número de Identificación Fiscal, por favor proporcione la razón (opciones A, B o C) como se indica abajo.

- A. El país donde el contratante tiene obligaciones fiscales no emite Número de Identificación Fiscal a sus residentes
- B. El contratante no tiene posibilidad de obtener el Número de Identificación Fiscal (por favor, explique por qué no le es posible obtener dicho número en la tabla de abajo).
- C. Seleccione esta opción si las autoridades del país donde tiene obligaciones fiscales por regulación local no requiere que el Número de Identificación Fiscal sea revelado.

País / países donde tiene responsabilidad fiscal	Número de Identificación fiscal (TIN)	Si el TIN no está disponible, seleccione la opción A, B o C	
		Razón:	A
			B
			C
		Razón:	A
			B
			C
		Razón:	A
			B
			C

■ **INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR**

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

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 Prudential Seguros México, S.A. de C.V. toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios 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. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original. Manifiesto que el Agente de Seguros me ha informado, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, incluyendo expresamente la forma de conservarla o darla por terminada en términos de los planes y tarifas registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado que he solicitado y que carece de facultades para representar a la compañía de seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas. Asimismo, manifiesto que mediante entrevista personal, me fueron recabados los datos y documentos de identificación que quedaron debidamente asentados en la presente solicitud.

**SOLICITANTE**

Sí  No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo  SMS  Teléfono  Todas las anteriores

**CONTRATANTE**

Sí  No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo  SMS  Teléfono  Todas las anteriores

**CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

En caso de que desee recibir la documentación de su seguro por medios electrónicos y de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula "Entrega electrónica de Documentación Contractual" de las Condiciones Generales que amparan el producto contratado, manifieste por favor lo siguiente

Autorizo el envío de la documentación contractual a la cuenta de correo electrónico que se menciona en la sección de datos del contratante  Sí  No

**ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante

Lugar: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha 

D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

**No entregue pago de primas en efectivo, por su seguridad y la de su Agente, Prudential Seguros México no recibe este tipo de pagos y su Agente no puede recibirle efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.**

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

■ AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO

No. \_\_\_\_\_

Nombre del Cuentahabiente y/o Razón Social

■ DEFINICIÓN DE DÍA DE CARGO

El primer cobro se realizará el día hábil siguiente de la emisión y los subsecuentes quedarán programados a la fecha de vencimiento del recibo de acuerdo a la frecuencia de cobro seleccionado.

Indique más de un medio de cobro, mencionando cuál de estos debe ser utilizado en primero, segundo o tercer lugar, mediante los recuadros de prioridad. Anote los 16 dígitos de su tarjeta de crédito y/o débito y/o los 18 dígitos de la cuenta CLABE y/o 15 dígitos de American Express.

T. Crédito  T. Débito  Cuenta CLABE

Banco emisor: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Promoción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Miembro desde   Válida hasta

Visa  Master Card  American Express

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1:  1  2  3  S/P

Solicitud 2:  1  2  3  S/P

Solicitud 3:  1  2  3  S/P

Solicitud 4:  1  2  3  S/P

T. Crédito  T. Débito  Cuenta CLABE

Banco emisor: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Promoción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Miembro desde   Válida hasta

Visa  Master Card  American Express

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1:  1  2  3  S/P

Solicitud 2:  1  2  3  S/P

Solicitud 3:  1  2  3  S/P

Solicitud 4:  1  2  3  S/P

T. Crédito  T. Débito  Cuenta CLABE

Banco emisor: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Promoción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Miembro desde   Válida hasta

Visa  Master Card  American Express

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1:  1  2  3  S/P

Solicitud 2:  1  2  3  S/P

Solicitud 3:  1  2  3  S/P

Solicitud 4:  1  2  3  S/P

Solicito y autorizo al (los) Banco(s) emisor(es) de la(s) tarjeta(s) o cuenta(s) antes mencionada(s), o aquella institución afiliada a VISA o Master Card, o a American Express, para que, con base en el contrato de crédito en cuenta corriente o el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la tarjeta o cuenta arriba citada o, en su caso, el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma, me haya asignado la Institución, se sirvan pagar por mi cuenta a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. las primas de seguro de vida que se deriven de la solicitud que he firmado con esta aseguradora, quedando claramente especificado que el monto puede variar en cada periodo.

De la misma forma, me comprometo a notificar oportunamente y por escrito a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. cualquier modificación referente al número de cuenta que estoy proporcionando. De igual manera, estoy enterado que, en caso de existir un rechazo del cargo por parte del banco emisor, es mi obligación hacer por otro medio el pago de las primas correspondientes. El Cuentahabiente podrá revocar esta autorización mediante comunicado escrito con diez días naturales de anticipación al vencimiento del pago de prima que recibirá Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en el cual anotará la fecha de recepción con la firma y nombre de quien recibe. En este caso, Prudential Seguros México, S.A. de C.V. deberá informar al Cuentahabiente la

fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta y autorización.

Lugar \_\_\_\_\_

Fecha | D | D | M | M | A | A | A | A |

Firma del Cuentahabiente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

■ PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS (2)

Número del agente de la sección 1	Tipo de Autorización	Número de Cédula o de autorización	Vigencia de Cédula	Domicilio donde se realizan las actividades (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)
1				
2				

En caso de apoderados de seguros, señalar la denominación social de la persona moral que representen: \_\_\_\_\_.

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

Muestra sin valor

### CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

#### ■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### ■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico de la diabetes \_\_\_\_\_ Fecha que inició el tratamiento \_\_\_\_\_  
 Fecha de última consulta \_\_\_\_\_

2. Tipo de Diabetes: \_\_\_\_\_

3. Resultados de los últimos análisis de laboratorio.

En ayunas

Nivel de glucosa \_\_\_\_\_ mg/%      \_\_\_\_\_ mg/%      \_\_\_\_\_ mg/%

Presión Arterial \_\_\_\_\_ Max. \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_      Max. \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_      Max. \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_

4. Hemoglobina glucosilada \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Otros estudios: \_\_\_\_\_

5. Tratamiento establecido:

Tratamiento	Dosis diaria o tipo de dieta	Desde que fecha
<input type="checkbox"/> Insulina		
<input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales		

6. ¿El paciente sigue el tratamiento al pie de la letra?

No       Sí      Comentarios: \_\_\_\_\_

7. ¿Se ha visto modificado el peso del paciente en el último año?

No       Sí       Aumento       Disminución      No. de kilos \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_



### 8. Enfermedades relacionadas o complicaciones con la diabetes.

	No	Sí	Comentarios
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insuficiencia arteria/venosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 9. ¿Existe cualquier otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar la cifras:

<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> IMC		
<input type="checkbox"/> Sedentarismo			
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Cifra de TA /
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol:	Triglicéridos:	Colesterol HDL:
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad:	Frecuencia:	Clase o tipo:
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad:	Frecuencia:	
<input type="checkbox"/> Antecedentes Heredo familiares de Diabetes Mellitus	Parentesco:	Padecimientos:	

### ■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

### ■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

**Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.**

Firma del Médico \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

**CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

**■ DATOS DEL PACIENTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**■ INFORMACIÓN MÉDICA**

1. Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Niveles afectados \_\_\_\_\_

2. Especifique la(s) causa(s) que ocasionó el padecimiento:

 Congénitas \_\_\_\_\_

 Adquirida (especifique) \_\_\_\_\_

3. ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó el paciente por primera vez?

\_\_\_\_\_

4. Controles de gabinete: Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo

	Resultados	Fecha
Exámenes radiológicos		
Tomografía Axial computarizada		
Resonancia magnética		
Electromiografía		

5. Tratamiento establecido al momento del diagnóstico:

Medicamento	Dosis	Duración	Resultado	Evolución
Rehabilitación Física	No. sesiones	Duración	Resultado	Evolución
Quirúrgico	No. del procedimiento	Resultado	Evolución	

Otro (mencione de manera detallada el tratamiento) \_\_\_\_\_

 6. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia de este padecimiento?  No  Sí Número de días \_\_\_\_\_

7. ¿Ha tenido alguna complicación o secuela a causa de este padecimiento?  No  Sí

En caso afirmativo, favor de explicar detalladamente en las siguientes líneas:

---



---

8. Tratamiento actual:

Medicamento	Dosis	Duración	Resultado	Evolución
Rehabilitación Física	No. sesiones	Duración		Evolución
Quirúrgico	No. del procedimiento		Resultado	Evolución

Otro (mencione de manera detallada el tratamiento) \_\_\_\_\_

9. Mencione fecha y resultado de los últimos exámenes médicos que se le han realizado

	Resultados	Fecha
Exámenes radiológicos		
Tomografía Axial computarizada		
Resonancia magnética		
Electromiografía		

■ **DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ **INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR**

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

**CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

**■ DATOS DEL PACIENTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

**■ INFORMACIÓN MÉDICA**

1. Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_

2. Pruebas o exámenes que sirvieron de base para establecer el diagnóstico:

 Electrocardiograma en reposo Electrocardiograma en esfuerzo Perfusión Miocárdica Cateterismo Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico

 Angina de Pecho estable Angina de pecho inestable Infarto al miocardio múltiple Infarto al miocardio único Aneurisma Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_

Vaso afectado \_\_\_\_\_

Número de vasos afectados (descripción anatómica): \_\_\_\_\_

4. Fecha que usted inició el tratamiento \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál ha sido el procedimiento terapéutico?

 Marcapaso (temporal o permanente) Angioplastia coronaria Puentes aorta-coronarios (bypass) Número de Stent \_\_\_\_\_ Trombolisis Aneurisectomía Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Resultado

6. Grado de lesión del tejido cardiaco \_\_\_\_\_

**7. Tratamiento médico al cual está o ha estado sujeto el paciente**

	Nombre del medicamento	Dosis	Fecha		Reacción al medicamento
			De	A	
<input type="checkbox"/> Vasodilatadores coronarios					
<input type="checkbox"/> Betabloqueadores					
<input type="checkbox"/> Antagonistas del calcio					
<input type="checkbox"/> Inhibidores de la Enzima de Conversión de Angiotensina (IECA)					
<input type="checkbox"/> Antagonistas del calcio					
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes					
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)					

**8. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado al paciente, posteriores a su tratamiento médico y/o tratamiento terapéutico:**

	Fecha	Resultado		Observaciones
		Normal	Anormal	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cateterismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Perfusión Miocárdica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Serie cardiaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rx de Tórax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**9. ¿Existe algún otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar las cifras.**

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado: _____	Peso: _____	Estatura: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	Tipo: _____	Últimas Cifras de Tensión Arterial	
		Sistólica: _____	Diastólica: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo: _____	Últimas Cifras de Glucemia: _____	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol: _____	Triglicéridos: _____	
	Colesterol HDL: _____	Colesterol LDL: _____	
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	Clase o tipo: _____
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	
<input type="checkbox"/> Antecedentes heredofamiliares de cardiopatías	Parentesco: _____	Padecimiento: _____	
	_____	_____	
	_____	_____	

**10. Complicaciones**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arritmia               | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia valvular | <input type="checkbox"/> Angina post infarto    |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de rama        | <input type="checkbox"/> Ruptura de pared       |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia cardiaca   |   |

**11. Fecha de última consulta**

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

**■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad	
Domicilio: Calle y Número			Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población		Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional		

**■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR**

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.





### 7. ¿Cuál es el tratamiento médico actual?

Anticoagulante Desde \_\_\_\_\_  otros ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### 8. ¿Complicaciones?

	No	Sí	Detalles
<input type="checkbox"/> Calcificación valvular extensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Accidente hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alteraciones del ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 9. Presencia de:

	Sí	No	Detalles
<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Hipertrofia o dilatación cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligera <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> marcada <input type="checkbox"/> severa Fecha de diagnóstico _____

### 10. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado en los 5 últimos años:

Nombre del estudio	Fecha	Resultado		Observaciones
		Normal	Anormal	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rx de tórax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Serie cardíaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cateterismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 11. ¿Existe algún otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar las cifras.

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado:	Peso:	Estatura:
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	Tipo: _____	Últimas Cifras de Tensión Arterial Sistólica: _____ Diastólica: _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo:	Últimas Cifras de Glucemia:	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol:	Triglicéridos:	Colesterol HDL:
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad:	Frecuencia:	Clase o tipo:

## ■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

## ■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha. Firma del Médico \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

### CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

#### ■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### ■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico del trastorno \_\_\_\_\_

2. Indicar diagnóstico:

Asma

Edad de Inicio: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Número de ataques al año: \_\_\_\_\_ Fecha del último: \_\_\_\_\_

Enfisema pulmonar

Bronquiectasia

Bronquitis obstructiva crónica

Tuberculosis pulmonar

Neumonía

Neumotórax

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

3. Presencia de

Disnea

Tos

Expectorcación

Hemoptisis

Hipoxia

Cianosis

Silbilancias

Pérdida de Peso

Infecciones purulentas frecuentes

En reposo

Duración: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Moderada

Localización \_\_\_\_\_

Marcadas

Kgs. perdidos \_\_\_\_\_

Fechas: \_\_\_\_\_

En esfuerzo

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

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

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

Severa

Difusas

Ligera

Fecha \_\_\_\_\_

Abundante:  No  Sí

Abundante:  No  Sí

Fecha \_\_\_\_\_

4. Fecha de inicio del tratamiento con usted. \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál ha sido el tratamiento recibido?

Tratamiento	Dosis	Duración	Ha sido interrumpido No Sí	Desde que fecha	Nombre del medicamento
<input type="checkbox"/> Broncodilatadores					
<input type="checkbox"/> Aerosoles inhalados					
<input type="checkbox"/> Terapia esteroidea					
<input type="checkbox"/> Respiración asistida					
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)					



### CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

#### ■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### ■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico de trastorno \_\_\_\_\_ Fecha de última consulta \_\_\_\_\_

2. Indicar diagnóstico:

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Eutiroidismo
- Nódulo solitario
- Tiroiditis
- Enfermedad de Graves-  
Basedow

- Bocio
- Tamaño estable
- Tóxico
- No Tóxico
- De tipo inespecífico
- Consistencia nodular
- Compresión traqueal

Nódulo solitario

Cáncer ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3. ¿El paciente presenta uno o más de los siguientes signos a causa de la afección tiroidea?

- Temblor
- Exoftalmos
- Alteración de la frecuencia cardíaca
- Signos de insuficiencia cardíaca
- Disminución psicomotora persistente
- Mizedema persistente
- Retraso mental  **marcado**  **severo**
- Signos físicos persistentes de cretinismo
- Hipertensión
- Otro (especificar)

#### Comentarios

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. ¿Cuál es el tratamiento médico o quirúrgico?

Tratamiento	Fecha	Ha sido interrumpido el tratamiento		Razón	Complicaciones o efectos secundarios
		No	Sí		





12. ¿Se le han practicado algunos estudios?

No  Sí

¿Cuáles? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

13. ¿Influye esta condición en algún aspecto en la ocupación del paciente?

No  Sí

Proporcione detalles: \_\_\_\_\_

#### ■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

#### ■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

### CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

#### ■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)	Fecha de Nacimiento
---------------------------------------	---------------------

#### ■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico	Fecha que inició el tratamiento
--------------------------	---------------------------------

Fecha de última consulta

#### 2. Tipo de Hipertensión Arterial

Esencial                       Hipertensión Maligna                       Secundaria a otra forma de enfermedad  
 En caso de tratarse de hipertensión secundaria                      Causa: \_\_\_\_\_

#### 3. ¿Causa aún presente?

No                       Sí

#### 4. Anotar las cifras de presión arterial encontradas al momento del diagnóstico

TA <sub>1</sub>	TA <sub>2</sub>	TA <sub>3</sub>

#### 5. Detalle de los fármacos utilizados:

Nombre	Dosis	Fecha o periodo en que se ha utilizado

#### 6. ¿Cuál ha sido el efecto del tratamiento?

\_\_\_\_\_

#### 7. Anotar las últimas 3 cifras de presión arterial encontradas:

TA	Fecha	TA	Fecha	TA	Fecha

#### 8. Pruebas o exámenes realizados

Nombre del estudio	Fecha	Resultado
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		



### CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

#### ■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### ■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Fecha de última consulta \_\_\_\_\_

2. Tipo de Leucemia

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucemia aguda mieloblástica | <input type="checkbox"/> Leucemia aguda linfoblástica | <input type="checkbox"/> Leucemia linfático aguda |
| <input type="checkbox"/> Leucemia mieloide crónica    | <input type="checkbox"/> Leucemia linfoide crónica    | <input type="checkbox"/> Leucemia mielógena aguda |
| <input type="checkbox"/> Leucemia mieloide subaguda   | <input type="checkbox"/> Leucemia de células pilosas  |   |

3. Especificar la información solicitada de cada uno de los tratamientos que le ha aplicado, incluyendo quimioterapia y/o radioterapia.

Tipo de Tratamiento	Dosis	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Respuesta al tratamiento

4. Sólo en caso de Leucemia linfoide crónica, proporcionar el estado:

- Etapa     
  Etapa I     
  Etapa II     
  Etapa III     
  Etapa IV

5. Indicar los resultados de hemogramas realizados y fecha:

Resultado	Fecha

6. ¿Requirió el paciente trasplante de Médula Ósea?

- No     
  Sí     
 Fecha \_\_\_\_\_     
 Resultado: \_\_\_\_\_

7. ¿Considera usted el padecimiento en completa remisión?

- No     
  Sí     
 Fecha \_\_\_\_\_     
 Razón: \_\_\_\_\_



### 8. Complicaciones:

 No SíFecha 

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### ■ TRATAMIENTO ACTUAL

Tratamiento	Dosis	Respuesta al tratamiento

9. Fecha de próxima consulta 

### 10. Estudios a realizar:

---



---



---

### ■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### ■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta

fecha. Firma del Médico \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

**CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

**■ DATOS DEL PACIENTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**■ INFORMACIÓN MÉDICA**

1. Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Fecha de ultima consulta \_\_\_\_\_

**■ LINFOMA DE HODGKIN**

 2. ¿Clasificación conocida?  No  Sí

¿Cuál? \_\_\_\_\_

 3. ¿Confirmado por scanner?  No  Sí Fecha \_\_\_\_\_

4. ¿En qué etapa se encuentra?

 I  II  III  IV  
 Tipo

 **A** Asintomático  **B** Síntomas como fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos

 5. ¿Tuvo linfoma de Burkitt?  No  Sí ¿Tamaño? \_\_\_\_\_

**■ LINFOMA DE NO HODGKIN**

Favor de especificar:

Grado	Etapa		Remisión		Recidivas	
<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	Desde que fecha _____		Número: _____	
<input type="checkbox"/> Alto					Fecha: _____	

**■ TRATAMIENTO**
 **Cirugía** ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_

 **Radioterapia** Localización \_\_\_\_\_ Número de radiaciones \_\_\_\_\_

 Fecha de inicio y término \_\_\_\_\_  Interrumpida

 **Quimioterapia** Medicamento \_\_\_\_\_ Número de ciclos \_\_\_\_\_

Fecha de inicio y término \_\_\_\_\_

 **Trasplante de médula**
 Heterólogo Fecha \_\_\_\_\_  Autólogo Fecha \_\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

### ■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### ■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_

Fecha que inició el tratamiento con usted \_\_\_\_\_

2. Los trastornos han sido:

Episodio único Fecha \_\_\_\_\_

Episodios múltiples (2 últimas fechas) Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Trastorno permanente Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Factor desencadenante Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Otro Fecha de inicio \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico médico

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. ¿Causa del trastorno conocida?

¿Cuál? \_\_\_\_\_

5. Clasificación del padecimiento:

Trastorno depresivo menor     Leve     Moderado     Severo

6. En caso afirmativo mencionar:

Fecha de aparición	Tratamiento	Evolución	Tiempo de medicación y/o tratamiento

7. Estudios realizado para el diagnóstico:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. ¿El paciente tiene retraso mental?  No  Sí

Patología asociada	Diagnóstico	Clasificación de grado	Tratamiento	Evolución

9. El paciente presenta o ha presentado

- Intento de suicidio   
  Abuso de alcohol   
  Consumo de drogas   
  Comportamiento violento  
 Comportamiento peligroso

Fecha

10. ¿El paciente ha sido hospitalizado por esta condición?  No  Sí

Fecha

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Tiempo de hospitalización: \_\_\_\_\_

11. ¿La condición del paciente interfiere de alguna forma con su habilidad para desempeñar su ocupación?

- No     Sí   
 Indique la razón: \_\_\_\_\_

12. ¿El paciente tiene antecedentes familiares de trastornos mentales o suicidio?

- No  Sí

Parentesco: \_\_\_\_\_ Indique el padecimiento: \_\_\_\_\_

### ■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

### ■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

### CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

#### ■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### ■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_

2. Los trastornos han sido:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia valvular |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática       | <input type="checkbox"/> Endocarditis           |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Cirugías               |

3. Características del soplo, indicar con una **X** la máxima intensidad y con una **→** la irradiación



	Intensidad		Calidad	Tiempo
Sistólica	1/6	4/6	Agudo	Sistólico medio
	2/6	5/6	Grave	Sistólico final
	3/6	6/6		Pansistólico
Diastólica	1/4	3/4	Soplante	Precoz (decreciendo)
	2/4	4/4	Grave	Medio
				Presistólico

4. ¿Presenta crecimiento del corazón?  No  Sí

5. Tensión arterial presentada en los últimos tres meses

\_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

**■ DATOS DEL PACIENTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**■ INFORMACIÓN MÉDICA**

1. Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha de última consulta \_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles fueron las pruebas utilizadas para el diagnóstico del tumor? \_\_\_\_\_

3. ¿Análisis con marcadores tumorales?

 No Sí

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

4. Indique si invadió un órgano (invasión local) o más de un órgano (metástasis)

**Invasión local** No Sí**Metástasis** No SíGanglionares regionales Ganglionares distantes Órganos distantes 

5. ¿Qué órgano o sistema de órganos estaban afectados por el tumor? \_\_\_\_\_

6. Tipo de tumor (nombre de tumor) \_\_\_\_\_

7. Clasificación del tumor (T, N, M, TX, TO, Tis, TQ, T2, T3, T4, NX, NO, N1, N2, N3, MX, M0, M1) \_\_\_\_\_

Otras clasificaciones (Ann-Arbor, Duke, FIGO, pT, Profundidad de Breslow, Flocks/VACURG, RAI, Surie/Salmon,

NCI, Marshall) \_\_\_\_\_

8. Clasificación del tumor por etapa:

 Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV

9. Grado histológico del tumor:

 Grado 1 (G1) Grado 2 (G2) Grado 3 (G3) Grado 4 (G4)

**■ TRATAMIENTO**
 **Cirugía**

 Finalidad de la cirugía  Diagnóstica  Curativa  Paliativa  
 Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

 **Radioterapia**
 Preoperatoria Fecha \_\_\_\_\_  Curativa Fecha \_\_\_\_\_  
 Paliativa Fecha \_\_\_\_\_  Interrumpida Fecha \_\_\_\_\_  
 Completada Fecha \_\_\_\_\_

 **Quimioterapia**

 Protocolo \_\_\_\_\_ Número de ciclos \_\_\_\_\_  
 Interrumpida Fecha \_\_\_\_\_  Completada Fecha \_\_\_\_\_

 **Terapia hormonal**

 Protocolo \_\_\_\_\_  
 Curativa Fecha \_\_\_\_\_  Preventiva Fecha \_\_\_\_\_  
 Paliativa Fecha \_\_\_\_\_  Completada Fecha \_\_\_\_\_

 **Transplante de médula**
 Alógeno Fecha \_\_\_\_\_  Autólogo Fecha \_\_\_\_\_  
 Resultado \_\_\_\_\_

 **Otro**

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**■ EVOLUCIÓN**
**Remisión completa**
 No  Sí Resultado \_\_\_\_\_

**Radioterapia**
 No  Sí Número \_\_\_\_\_ Fecha última \_\_\_\_\_

**Complicaciones**
 No  Sí Fecha \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**■ CONTROLES MÉDICOS**

Últimos exámenes médico realizados. Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo al tipo de exámenes médicos.

 **Examen radiológico** Órgano \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

 **Tomografía Axial**
**Computarizada (TAC)** Órgano \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

 **Resonancia Magnética**
**Nuclear (RMN)** Órgano \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

 **Endoscopia**

Tipo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

 **Marcadores Tumorales**

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

 **Otro**

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

## ■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-012.

**CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL SOLICITANTE**

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que he presentado a esta Aseguradora.

**■ DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**■ INFORMACIÓN MÉDICA**

1. Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó con respecto al tumor o quiste?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_3. ¿Cuáles fueron las pruebas utilizadas para efectuar el diagnóstico?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_4. ¿En qué órgano se localizó el tumor?  
\_\_\_\_\_5. ¿Se le practicó alguna intervención quirúrgica a causa del tumor?  No  Sí

En caso negativo, indique la razón \_\_\_\_\_

En caso positivo, indique la fecha de cirugía \_\_\_\_\_

6. ¿Qué diagnóstico le dio su médico después de la cirugía?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_7. ¿Cuál fue el resultado del estudio histopatológico?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si han transcurrido menos de 3 años desde la cirugía, anexar copia.

8. ¿Se le diagnosticó cáncer o alguna forma de tumor maligno?  No  Sí

¿Cuál? \_\_\_\_\_

9. Tiempo de recuperación  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_10. ¿Requirió algún tipo de tratamiento después de la intervención quirúrgica?  No  Sí

¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

11. ¿Recibió quimioterapia o radioterapia?  No  Sí

12. ¿Ha tenido alguna complicación o secuela a causa de este padecimiento?  No  Sí

En caso afirmativo, favor de explicar detalladamente:

---



---

13. Tratamiento actual:

Nombre	Dosis	Resultado		Evolución
		Normal	Anormal	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Mencione fecha y resultados de los últimos exámenes médicos realizados:

Nombre del estudio practicado	Fecha	Resultado		Comentarios
		Normal	Anormal	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. ¿Cuál es su estado de salud actual? \_\_\_\_\_

**a. 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.

**ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN**

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/ CONDUSEF-G-00231-012.