

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Cuestionario Médico

Datos del Asegurado Titular

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Datos del Asegurado Titular y Dependientes

Padece o padeció:		Titular		Dependientes									
				1		2		3		4		5	
1	Estatura (ejemplo: 1.70 m*)												
2	Peso (ejemplo: 80.0 kg*)												
3	Soplo en el corazón	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4	Dolor en pecho o en tórax	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5	Infarto en el corazón	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
6	Enfermedades de la circulación	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7	Presión arterial alta o baja	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8	Bronquitis crónica	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9	Asma	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10	Tuberculosis	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
11	Enfisema pulmonar	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
12	Úlcera del estómago	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
13	Úlcera del duodeno	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
14	Enfermedades del hígado	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
15	Enfermedades de la vesícula biliar	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
16	Enfermedades del intestino, colon, recto	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
17	Enfermedad del páncreas, gastritis, hernias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
18	Enfermedades de los riñones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
19	Enfermedades de la vejiga	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20	Enfermedades de transmisión sexual	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
21	Enfermedades de la próstata	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
22	Enfermedades de las glándulas mamarias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
23	Enfermedades de los ovarios, matriz	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
24	Enfermedad testicular	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
25	Pérdida de conocimiento o convulsiones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
26	Trastornos nerviosos o mentales, parálisis	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
27	Epilepsia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
28	Diabetes	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
29	Enfermedades de la tiroides	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
30	Enfermedades de la hipófisis o pituitaria	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
31	Enfermedades de los huesos o articulaciones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
32	Amputación de algún miembro por accidente o enfermedad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
33	Hernias en columna vertebral	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

		Titular		1		2		3		4		5	
34	Algún tumor	Sí	No										
35	Alguna enfermedad en ojos u oídos	Sí	No										
36	Cáncer	Sí	No										
37	Partos o cesáreas	Sí	No										
38	Alguna intervención quirúrgica	Sí	No										
39	Alguna enfermedad en las vías respiratorias, nariz o senos paranasales	Sí	No										
40	Alergia a alguna sustancia o medicamento	Sí	No										
41	¿Toma algún medicamento actualmente?	Sí	No										
42	Enfermedades del esófago, esofagitis, úlceras o várices en el esófago	Sí	No										
43	Alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica	Sí	No										
44	Trastornos de alimentación, bulimia o anorexia	Sí	No										
45	Disminución de peso, ¿cuántos kilos en el último año?	___kgs.											
46	¿Alguna sospecha de estar embarazada o está embarazada? En caso afirmativo, favor de indicar tiempo de gestación	Sí	No										
47	¿Alguno de los partos o cesáreas se presentó antes de la semana 37 de embarazo?	Sí	No										
48	El peso de el(los) recién nacido(s) ¿fue menor a 2 kilos?	Sí	No										
49	¿Le indicaron que algunos del (los)embarazo(s) fue(ron) antes de tiempo)	Sí	No										
50	Fuma (cigarro, puro, pipa)	Sí	No										
	Cantidad diaria:												
	Desde cuando fuma o dejó de fumar												
51	Ingiere bebidas alcohólicas	Sí	No										
	Clase:												
	Frecuencia: (no contestar ocasional ni social)												
52	Consume o consumió marihuana, cocaína, lsd o cualquier tipo de droga	Sí	No										
	Clase:												
	Frecuencia:												
Alguna vez le han practicado:													
53	Electrocardiogramas	Sí	No										
54	Análisis o pruebas de laboratorio	Sí	No										
55	Radiografías, ultrasonido	Sí	No										
56	Tomografías o resonancias	Sí	No										
57	¿Y le han dicho que los resultados son ANORMALES?	Sí	No										
58	¿Alguna otra enfermedad o padecimiento diferente a las mencionadas?	Sí	No										

Importante

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar. En la inteligencia de que la inexacta, falsa o no declaración de algún hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, facultará a la Aseguradora a considerar rescindido de pleno derecho el contrato. Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud de Seguro declaro estar dispuesto si fuera necesario y si la Aseguradora lo estima conveniente, a que se me practique un examen médico, además autorizo a los médicos o personas que me han examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico por tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Allianz México S.A. Compañía de Seguros, todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, para tal efecto relevo a las personas mencionadas del secreto profesional y estoy de acuerdo que será suficiente la presentación de una copia de este documento para que se proporcione a la Aseguradora los datos mencionados. Esta última información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de Seguro o en cualquier momento que Allianz México S.A. Compañía de Seguros lo considere oportuno. Asimismo declaro que estoy enterado que en la carátula de la póliza se especificará el inicio de la vigencia.

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.

Ratifico que me han sido informadas de manera amplia y detallada, el alcance real de la(s) cobertura(s), así como la forma de conservarla(s) o darla(s) por terminada(s) y que la información que he proporcionado en la presente solicitud es auténtica y veraz.

Autorizo a Allianz México S.A. Compañía de Seguros, a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, disponible en la página de internet www.allianz.com.mx

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Allianz México S.A. Compañía de Seguros y los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Titular

Nombre y Firma del Contratante

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 9 de noviembre de 2017, con los números CNSF-S0003-0560-2017/CONDUSEF-002662-02; CNSF-S0003-0561-2017/CONDUSEF-001463-03; CNSF-S0003-0562-2017/CONDUSEF-001464-03; CNSF-S0003-0563-2017/CONDUSEF-001465-03.