

# Formulario de Solicitud A



(POR FAVOR EN LETRA DE IMPRENTA)

## Para uso administrativo

Ref. <input type="text"/>	Número de póliza <input type="text"/>	# <input type="text"/>
Fecha <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Contratante

Nombre(s) <input type="text"/>
Apellido(s) <input type="text"/>
No. de RFC <input type="text"/>
CURP <input type="text"/>

## Titular del seguro

Nombre(s) <input type="text"/>		
Apellido(s) <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento (día/mes/año) <input type="text"/>	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	País de residencia <input type="text"/>
Elección de deducible USD <input type="text"/>		
Elección de Plan: <input type="radio"/> Diamond - Mundial <input type="radio"/> Gold - Mundial		
Prima <input type="text"/>	USD <input type="text"/>	

## Dependientes

Nombre(s) <input type="text"/>		
Apellido(s) <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento (día/mes/año) <input type="text"/>	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	País de residencia <input type="text"/>
Prima <input type="text"/>	USD <input type="text"/>	

Nombre(s) <input type="text"/>		
Apellido(s) <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento (día/mes/año) <input type="text"/>	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	País de residencia <input type="text"/>
Prima <input type="text"/>	USD <input type="text"/>	

Nombre(s) <input type="text"/>		
Apellido(s) <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento (día/mes/año) <input type="text"/>	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	País de residencia <input type="text"/>
Prima <input type="text"/>	USD <input type="text"/>	

Nombre(s) <input type="text"/>		
Apellido(s) <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento (día/mes/año) <input type="text"/>	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	País de residencia <input type="text"/>
Prima <input type="text"/>	USD <input type="text"/>	

Prima total para todos los solicitantes previamente mencionados	USD <input type="text"/>
IVA	USD <input type="text"/>
Prima total a pagar	USD <input type="text"/>



\_\_\_\_\_

## Información general sobre todos los solicitantes en el Formulario de Solicitud A

### Forma de pago

Anual  Semestral

### Dirección residencial

Dirección \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
 Estado o provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

*Atención: Si la dirección de cualquiera de los solicitantes cambiase después de firmada la solicitud, pero antes de que la Compañía la aceptase, la Compañía deberá ser inmediatamente notificada al respecto.*

### Dirección postal sólo para fines de correo (p. o. box o c/o)

Nombre completo registrado en esta dirección postal  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Estado o provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### Nombre del asesor de seguros

De ser asistido por un asesor de seguros, por favor escriba el nombre completo del mismo.

Nombre \_\_\_\_\_

### Firma del titular del seguro

Declaro que he recibido y leído las Condiciones Generales del seguro propuesto, el cual me fue previamente entregado por la Compañía en terminos del artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, asimismo declaro estar informado que las omisiones, falsas o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para apreciar el riesgo, facultarán a la Compañía a rescindir el contrato

que la he declarado tal y como la conozco o debo conocer al momento de su suscripción.

La Compañía se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico etc., que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía, además, se reserva el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

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 solicitud.

\_\_\_\_\_  
 Fecha (día/mes/año)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
 Firma



\_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

**Comentarios del agente**

1. ¿Desde cuando conoce a los propuestos asegurados? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene alguna información que pudiese afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados?  SÍ  NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor explique. \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su relación con el propuesto asegurado? \_\_\_\_\_

4. ¿Hubo algún propuesto asegurado que usted no conoció?  SÍ  NO

Si su respuesta es afirmativa, explique por qué \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Declaraciones del agente persona física**

En términos del artículo 5o del Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas, me permito informarle lo siguiente:

Nombre completo \_\_\_\_\_

tipo de autorización \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ vigencia de la cédula \_\_\_\_\_

y domicilio \_\_\_\_\_

Que le he explicado acerca del alcance real de la cobertura, la forma de conservarla o darla por terminada de manera amplia y detallada.

Que carezco de facultades de representación de la Compañía para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Que sólo podré cobrar primas contra el recibo oficial expedido por la Aseguradora y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por esta y

Que le he solicitado llenar el cuestionario que requiere la Compañía, señalando todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones que se convengan.

**Firma**

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma del agente \_\_\_\_\_ Clave del agente \_\_\_\_\_ Clave y nombre Agente General \_\_\_\_\_

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los registros número CNSF-S0065-0006-2007 y CNSF-S0065-0007-2007 de fecha 06/07/2007.



# Declaración de Salud B

(POR FAVOR EN LETRA DE IMPRENTA)

Todas las Declaraciones de Salud B deberán ser enviadas a la Compañía, acompañadas tanto del Formulario de Solicitud A

## Para uso administrativo

Ref. <input type="text"/>	Número de póliza <input type="text"/>	# <input type="text"/>
Fecha <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Solicitante** (por favor, subraye los nombres y apellidos que ud. desee que aparezcan en su tarjeta de seguro, máx. 29 caracteres)

Nombre(s) <input type="text"/>	Ocupación <input type="text"/>
Apellidos <input type="text"/>	
Fecha de nacimiento (día/mes/año) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
Edad <input type="text"/> Sexo (M/F) <input type="text"/>	Estatura (cm) <input type="text"/> Peso (kg) <input type="text"/> / Estatura (pulgadas) <input type="text"/> Peso (libras) <input type="text"/>

## Otro seguro médico

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? NO  SÍ

Nombre de la compañía  Número de póliza

¿Piensa continuar con la otra aseguradora? NO  SÍ

¿Le ha sido rechazada alguna vez una solicitud de seguro de salud o de vida; o aceptada, pero sujeta a exclusiones o a sobreprimas sobre las tarifas estándar del asegurador? NO  SÍ  En caso afirmativo, le rogamos adjuntar los detalles.

## Historial médico

Si sufre o ha sufrido previamente alguna de las siguientes enfermedades o padecimientos, marque por favor la casilla apropiada. Todas las preguntas deben ser contestadas: Si su respuesta fuera afirmativa a alguna de ellas, por favor dé los detalles; y si tuviera comentarios adicionales cualesquiera, escríbalos por favor bajo el Numeral 8 o en el formulario Detalles Adicionales C.

<p><b>a)</b> Tumores benignos <input type="radio"/> malignos <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>b)</b> Migraña <input type="radio"/> Desórdenes neurológicos <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Epilepsia <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>c)</b> Enfermedades mentales <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>d)</b> Enfermedades oculares <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>e)</b> Asma <input type="radio"/> Alergia <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Enfermedades pulmonares <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>f)</b> Enfermedades cardiovasculares <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Hipertensión arterial <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>g)</b> Enfermedades del hígado <input type="radio"/> del páncreas <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>del estómago <input type="radio"/> de los intestinos <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>h)</b> Diabetes <input type="radio"/> Otros desórdenes hormonales <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p>	<p><b>i)</b> Enfermedades de las vías urinarias y de los riñones <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>de los órganos genitales <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>j)</b> Reumatismo <input type="radio"/> Enfermedades de los músculos, de las articulaciones o de los huesos <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>k)</b> Enfermedades o molestias del dorso <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>l)</b> Enfermedades cutáneas <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>m)</b> Operaciones estéticas <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>n)</b> Otras enfermedades o desórdenes <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>o)</b> ¿Ha sido sometido alguna vez a algún tratamiento de fertilidad? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>Detalles <input type="text"/></p> <p><b>p)</b> ¿Ha sido examinado de anticuerpos VIH? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado?:</p> <p>VIH Positivo <input type="radio"/> VIH Negativo <input type="radio"/></p>
---	---

\_\_\_\_\_

1. ¿Toma o ha tomado regularmente alguna medicina? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique por favor el tipo y la dosis diaria: \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Gasto mensual \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez o sometido a tratamiento por alguna enfermedad? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique por favor el nombre del hospital, la clínica o el médico.

(Puede continuar bajo "Comentarios adicionales" (Numeral 8))

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

3. ¿Sufre de algún efecto secundario o secuelas de las condiciones citadas? SÍ  NO

En caso afirmativo, incluya por favor información médica completa al respecto.

4. ¿Utiliza gafas o lentes de contacto? En caso afirmativo, indique por favor la graduación \_\_\_\_\_

5. Sólo para solicitantes de sexo femenino: ¿Se encuentra actualmente embarazada? SÍ  NO

**6. Médico de cabecera**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

7. ¿Dispone de información médica adicional? SÍ  NO

Todo reporte médico actualizado deberá ser adjuntado, en caso de que haya cualesquiera condiciones médicas preexistentes.

8. Comentarios adicionales, si los hay: \_\_\_\_\_

**9. Firma del solicitante**

Yo, el abajo firmante, declaro que yo y/o aquellos solicitantes hemos declarado nuestro estado de salud, y no sufro(sufrimos) de otra debilidad física o condición médica preexistente que las indicadas en esta solicitud (Formulario de Solicitud A y Declaración de Solicitud B y Declaración C). Autorizo a la Compañía para que obtenga, de médicos y hospitales, cualquier información que se considere necesaria respecto a mi(nuestro) estado de salud. Declaro que, en caso de que mi(nuestro) estado de salud cambiase después de haber firmado la solicitud, pero antes de la aceptación de la cobertura por parte de la Compañía, lo notificaré a la Compañía inmediatamente.

Bajo protesta de decir verdad declaro: que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la Compañía valore el riesgo a contratar Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, salvo si fueron expresamente cubiertos por la Compañía, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos efectos a que haya lugar

(El padre, o la persona con la patria potestad del menor deberá firmar de parte de cualquier solicitante menor de 18 años de edad).

La Compañía se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico etc., que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía, además, se reserva el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado. 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 solicitud.

Fecha (día/mes/año)

Nombre en letra de imprenta

Firma

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_