

# Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

## Cuestionario Médico

Núm. Solicitud

### Datos del Asegurado Titular y Dependientes

	Titular		1		2		3		4		5	
Ocupación												
¿En qué consiste?												
Lugar en que lo desarrolla												
Horario												
¿Qué medio de transporte emplea?												
¿Practica algún deporte?¿cuál?												
¿Desea cubrir el riesgo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Cuál riesgo desea cubrir?												
*Agregar los datos de ocupación de dependientes mayores de 18 años												

Padece o padeció: .....	Titular		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

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 y 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. 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. lo considere oportuno. Asimismo declaro que estoy enterado de que la póliza será emitida con un endoso en el que se especifica el inicio de vigencia.

**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.**

	Titular		1		2		3		4		5	
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
34. Se le ha indicado ser VIH positivo o padecer SIDA	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
35. Algún tumor	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
36. Alguna enfermedad en ojos u oídos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
37. Cáncer	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
38. Partos o cesáreas	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
39. Alguna intervención quirúrgica	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

	Titular		1		2		3		4		5	
Fuma (cigarro, puro, pipa)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Cantidad diaria:												
Ingiera bebidas alcohólicas	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Clase:												
Frecuencia: (no contestar ocasional ni social)												
Consume o consumió marihuana, cocaína, lsd, otra	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Clase:												
Frecuencia:												
<b>Alguna vez le han practicado:</b>	<b>Titular</b>		<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		<b>5</b>	
40. Electrocardiogramas	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
41. Análisis o pruebas de laboratorio	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
42. Radiografías, ultrasonido	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
43. Tomografías o resonancias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
44. ¿Y le han dicho que los resultados son ANORMALES?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
45. ¿Alguna otra enfermedad o padecimiento diferente a las mencionadas?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

**Favor de ampliar respuestas afirmativas indicando fechas, tratamientos y estado actual**

No. Solicitante	No. de Pregunta

En caso de requerir mayor espacio para ampliar las respuestas, puede utilizar el reverso de la segunda hoja. 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. La documentación contractual, endosos y la nota técnica que integran el producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0003-0360-2006 de la fecha 30 de Mayo de 2006

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 y 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. 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. lo considere oportuno. Asimismo declaro que estoy enterado de que la póliza será emitida con un endoso en el que se especifica el inicio de vigencia.

**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.**