

Seguro Individual/Familiar de Gastos Médicos
I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social					
RFC			CURP (personas físicas)		
Forma de pago : ANUAL		Domicilio			
No. Exterior e Interior		Código Postal		Colonia	
Delegación			Ciudad		Estado
Teléfono domicilio			E-mail		

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

Domicilio de correspondencia				Entre qué calles	
Colonia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono oficina	Horario de entrega

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Estado Civil	Género (M/F)	Ciudad dónde Reside	Peso (Kg.)	Estatura (Mts)
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									
Hijo 4									

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada uno de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Estado de salud	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del aparato digestivo como: litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos del colon o fístulas ano rectales?							
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como: infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado?							
3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis indicar si ya se operó, hernias en la cavidad							

abdominal, varices en miembros inferiores, litiasis (piedras) en los riñones, osteoporosis, catarata, hemorroides y afecciones de la próstata?							
4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase?							
5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario?							
6. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía.							

III. EXCLUSIVO PARA MUJERES

Parentesco	¿Está actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

IV. OTROS SEGUROS (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro)

Parentesco	Tipo de Seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia

DECLARACION DEL ASEGURADO

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., la información de su conocimiento y que a su vez General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

_____, a _____ de _____ de _____

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular

(En caso de que sea distinto al Contratante)

En este espacio se deben incluir los datos de la Unidad Especializada de la Entidad Financiera y los datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (página electrónica y el teléfono 01800)

Producto Básico Estandarizado Gastos Médicos.

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.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de Marzo de 2016 con el número CNSF-H0707-0013-2016/CONDUSEF-001265-01.