

## Gastos Médicos Mayores Individual Cuestionario Médico

Información de la póliza				
Número de póliza	Fecha de solicitud		Folio Pegaso	
	Día	Mes		Año
Nombre del contratante				
Nombre del asegurado titular				

Datos de los solicitantes							
No. solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*							
2. Solicitante *							
3. Solicitante *							
4. Solicitante *							
5. Solicitante *							
6. Solicitante *							

\* En adelante se mencionarán a los solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.

**Reconocimiento de antigüedad** (se deberá adjuntar copia de la póliza anterior con endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de antigüedad de AXA colectivo o AXA Individual se requiere solamente el número de póliza).

No. solicitante	AXA Individual				AXA Colectivo				Reconocida (otra compañía)		
	Día	Mes	Año	No. póliza	Día	Mes	Año	No. póliza	Día	Mes	Año
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											

Estatura, peso y hábitos														
No. solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma o ha fumado?		Desde-Hasta (año/año)	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde-Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde-Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														

**Cuestionario médico (este cuestionario deberá ser contestado para cada uno de los solicitantes)**
**1. ¿Alguno de los solicitantes tiene o ha tenido diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?**

a. Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**2. Alguno de los solicitantes recibe algún tipo de tratamiento de forma constante, por intervalos de tiempo o de manera ocasional por:**

a. Molestias o dolor bajo de espalda	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte de cuerpo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Dolor en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f. Cualquier otra causa no mencionada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**3. En los últimos 5 años alguno de los solicitantes:**

a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	c. ¿Ha ingresado a un hospital, clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**4. Actualmente alguno de los solicitantes:**

a. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	b. ¿Presenta algún malestar, signo o síntoma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**5. ¿Alguno de los solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?**

 Sí  No 
**6. ¿Alguno de los solicitantes ha variado su peso en el último año?**

 Sí  No 
**En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información.**

No. de solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	No. de pregunta / inciso	Detalle (síntoma y/o diagnóstico)	Estado actual	No. de veces que las ha padecido	Inicio día/mes/año	Última vez día/mes/año

**7. ¿En alguno de los solicitantes existen antecedentes médicos en su familia directa (padre y hermanos) de: afecciones cardiacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o trastorno mental?**

 Sí  No 
**En caso afirmativo proporcionar la siguiente información:**

No. de solicitante	Parentesco con el solicitante	Enfermedad(es)	Causa y edad en caso de fallecimiento

**Ocupación (sólo para los solicitantes mayores de edad)**

No. solicitante	Ocupación / Profesión	Actividad / Giro	Si alguno de los solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**Nota importante**

Se previene al contratante y al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, el contratante o cualquiera de los solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** todos sus historiales médicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autoriza a las compañías de seguros a las cuales ha solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

**Datos personales (Aviso de privacidad)**

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535 piso 27, Colonia Del Valle, Código Postal 03100, Delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en [axa.mx](http://axa.mx).

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este cuestionario puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros.

Sí  No  Firma \_\_\_\_\_ “En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**”.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet [axa.mx](http://axa.mx), en la sección aviso de privacidad.

Firma del asegurado titular o contratante	Firma del agente	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto está registrada 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 y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0048-0116-2014 de fecha 04 de agosto 2014.

**Llámanos sin costo**  
**01 800 911 9999**  
**axa.mx**

AI-332 · AGOSTO 2014

