



Gastos Médicos Mayores Individual
Cuestionario médico

Información de la Póliza							
Número de Póliza	Fecha de solicitud			Día	Mes	Año	Folio Pegaso
Nombre del Contratante							
Nombre del Asegurado titular							
Rehabilitación:							
Por falta de pago: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Por otra causa (especifique): _____							
¿Algún solicitante tiene o ha tenido algún síntoma, diagnóstico, cirugía, consulta, tratamiento o cualquier otro gasto médico durante el periodo al descubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
*En caso afirmativo favor de contestar las secciones siguientes							

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 del cuadro inmediato anterior.

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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
c. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	f. Cualquier otra causa no mencionada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. Alguno de los Solicitantes:						
a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio, radioterapia o rehabilitación física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. Actualmente alguno de los Solicitantes:						
a. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b. ¿Presenta algún malestar, signo o síntoma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5. ¿Alguno de los Solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?						
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguno de los Solicitantes ha variado su peso más de 7 kilos en el último año?						
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información.						
No. Solicitante	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



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 esta lo estima conveniente.

Aviso de privacidad

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para evaluar su solicitud del seguro, en su caso, emitir su póliza y para todas las todas las finalidades relativas al cumplimiento del Contrato de seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx, en la sección "Aviso de privacidad".

Autorizo que AXA realice el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas y para el cobro de la prima. Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud.

Autorizo que AXA Seguros transfiera con mi agente o broker mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo los patrimoniales, financieros y sensibles.

Sí acepto. Firma del Asegurado: Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud.

No acepto.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad Integral.

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 con fecha 04 de agosto 2014.**