

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR EL SOLICITANTE

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.

Esta solicitud deberá ser contestada en su totalidad con tinta negra, indeleble y sin tachaduras ni en enmendaduras.

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Fecha de Nacimiento
		D D M M A A A A
Ocupación Actual	Peso	Estatura

- A. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad congénita como cardiopatías congénitas, espina bífida y/o cualquier otra? ☐ Sí ☐ No

Padecimiento:	Duración de la Enfermedad:
Tratamiento:	Secuelas:
Fecha de Diagnóstico	Estado de Salud Actual:
D D M M A A A A	

Médico, especialidad y teléfono: _____

- B. ¿Ha sufrido o está programado para ser intervenido quirúrgicamente para un trasplante de riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o médula ósea? ☐ Sí ☐ No

Órgano	Causa	Fecha de Intervención o Programación	Estado de Salud Actual
		D D M M A A A A	

Médico, especialidad y teléfono: _____

- C. ¿Algún miembro de su familia (padre, madre, hermano, hijo o abuelo) padece, ha padecido o falleció de alguna de las siguientes enfermedades?:

Padecimiento	Sí	No	Parentesco	Enfermedad	Edad de Diagnóstico	Estado de Salud	Edad Actual o de Fallecimiento
Cáncer o tumor maligno (Linfoma, melanoma y/o cualquier otro.)							
Enfermedad cardiovascular (Infarto al miocardio, arritmias cardíacas y/o cualquier otra.)							
Enfermedad del aparato endócrino (Diabetes, glándula tiroides y/o cualquier otra.)							

Padecimiento	Sí	No	Parentesco	Enfermedad	Edad de Diagnóstico	Estado de Salud	Edad Actual o de Fallecimiento
Enfermedad cerebrovasculares (Derrame cerebral, aneurisma y/o cualquier otra.)							
Enfermedad renal (Insuficiencia renal, nefritis crónica y/o cualquier otra.)							
Enfermedad del sistema nervioso (Alzheimer, Parkinson, esclerosis y/o cualquier otro).							

■ DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

En caso de haber elegido alguno de los beneficios adicionales de Enfermedades Graves, Hospitalización y/o Cirugías; y que el Asegurado no se encuentre en posibilidad de realizar las gestiones de Comprobación del Siniestro, para dichos efectos y conforme a lo señalado en las Condiciones Específicas, se designa como representante a:

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido, podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Manifiesto que el Life Planner® o Agente de Seguros me han informado, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, incluyendo expresamente la forma de conservarla o darla por terminada en términos de los planes y tarifas registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado que he solicitado y que carece de facultades para representar a la compañía de seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

Nombre del Solicitante _____ Firma _____

Lugar _____ Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 22 de diciembre de 2015 con el número CGEN-S0106-0002-2016.