

## Cuestionario de salud “b”

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Número de póliza \_\_\_\_\_

Datos del solicitante		
Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre(s) _____
Cobertura: _____		
Edad _____	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Peso _____ kilogramos      Estatura _____ metros
Ocupación _____		
Detalle de la ocupación _____		
Historia familiar	Edad y estado de salud actual	Edad y causa de fallecimiento (si aplica)
Padre		
Madre		
Hermanos		
Hábitos personales		
1. ¿Fumas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
a) Número de cigarrillos diarios _____		
b) Tiempo transcurrido desde que inició el hábito _____		
2. ¿Acostumbras ingerir bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
a) Cantidad de copas _____		
b) Frecuencia _____		
c) Tipo de bebida _____		
3. ¿Practicas alguno de los siguientes deportes?		
Alpinismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vuelo en planeador, papalote o globo aerostático      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Buceo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Boxeo o lucha      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paracaidismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Toreo      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otro (especifica): _____		
¿Con qué frecuencia? _____		
4. ¿Tienes o has tenido licencia de piloto aviador y/o haces uso de aviación particular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso de respuesta afirmativa, favor de anexar cuestionario correspondiente debidamente llenado.		
5. ¿Manejas motocicleta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso de respuesta afirmativa, favor de anexar cuestionario correspondiente debidamente llenado.		

MetLife México, S.A., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433), [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

## Estado de salud

1. ¿Has variado de peso en los últimos 12 meses? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo: Subiste \_\_\_\_\_ kilogramos Bajaste \_\_\_\_\_ kilogramos

Causa aparente \_\_\_\_\_

2. ¿Has consultado algún médico en los últimos 12 meses? Sí ☐ No ☐

Causa \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas se refieren a la evolución de tus condiciones de salud durante toda tu vida:

3. Contesta las siguientes preguntas

a) ¿Tienes algún defecto visual o auditivo? Sí ☐ No ☐

b) ¿En los últimos 5 años has consultado a algún médico? Sí ☐ No ☐

c) ¿Eres portador actualmente de alguna enfermedad, condición, lesión, tumor o estás en tratamiento médico? Sí ☐ No ☐

d) ¿Te han practicado o tienes pendientes alguna intervención quirúrgica? Sí ☐ No ☐

e) ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad hepática, mental, pulmonar, renal, neurológica, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, múltiple, fiebre reumática, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, cáncer, leucemia, lupus? Sí ☐ No ☐

f) ¿Has estado internado en alguna institución médica para estudios, observación, operación o tratamiento? Sí ☐ No ☐

g) ¿Te han practicado estudios de laboratorio y/o gabinete como electrocardiogramas, ultrasonidos, radiografías, tomografías, resonancias u otros? Sí ☐ No ☐

h) ¿Te falta algún miembro, parte de él, tienes alguna deformidad, o sufres de parálisis de alguno de ellos? Sí ☐ No ☐

i) ¿Has recibido tratamiento por alcoholismo o adicción de drogas? Sí ☐ No ☐

j) ¿Tienes o has tenido otras enfermedades o padecimientos que deba conocer MetLife México, S.A? Sí ☐ No ☐

k) ¿Has presentado 2 o más de estos síntomas en los últimos 3 meses: dolor de cabeza muy intenso, mareos y pérdida de memoria? Sí ☐ No ☐

l) ¿Cuentas con antecedentes de padres que tengan o hayan tenido los siguientes padecimientos: Alzheimer o Parkinson? Sí ☐ No ☐

m) ¿Has presentado más de 2 desmayos en los últimos 3 meses? Sí ☐ No ☐

4. Para solicitantes del sexo femenino:

a) ¿Enfermedades de los senos, matriz u ovarios? Sí ☐ No ☐

b) ¿Estás embarazada? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, cuántos meses: \_\_\_\_\_

Favor de ampliar las respuestas afirmativas indicando la pregunta y el inciso, así como las fechas, duración, tratamiento(s), resultados y secuelas. \_\_\_\_\_

Como solicitante del seguro hago constar que las declaraciones anteriores las he proporcionado personalmente con toda la veracidad y no he omitido ningún dato importante para la apreciación del riesgo, en relación con mi estado de salud, quedando entendido que de cualquier omisión o inexacta declaración asentada en este cuestionario, facultará a MetLife para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, de acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Así mismo, doy mi consentimiento expreso a los médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, para que proporcionen a MetLife México, S.A., en cualquier tiempo, toda información que requiera esta sobre mi salud o riesgos de muerte, relevándolos de toda obligación y responsabilidad en relación con el secreto profesional.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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 día 08 de diciembre de 2015, con el número CGEN-S0034-0246-2015.**