

**MAPFRE**

MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)

Mpo. San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

Este formato debe ser llenado sin omitir datos. (Requisitar por persona)

**CUESTIONARIO MÉDICO PARA LA COBERTURA DE
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS DEL SEGURO
INDIVIDUAL GASTOS MÉDICOS MAYORES.**

I. DATOS PERSONALES				No. Póliza:
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		
Nombre(s):				
Edad:	Sexo:	() Masculino () Femenino	Peso:	kg. Estatura: mts.
Calle y No.:			Colonia:	
C.P.:	Estado:	Población:	Delegación o Municipio:	
Teléfonos:	Casa:	Oficina:	Recados:	¿Antigüedad en el trabajo?
Ocupación:				
II. CUESTIONARIO				
1. ¿HA SIDO TRATADO, HA PADECIDO O PADECE?				
A. Mareos, desmayos, convulsiones, parálisis de cualquier tipo o enfermedades neuropsiquiátras.			() Si () No	
B. Alteraciones súbitas y repetidas de la vista.			() Si () No	
C. Sensación de ahogo, ronquera, tos persistente, sangrado por boca, pleuresia, asma, enfisema o enfermedad respiratoria crónica.			() Si () No	
D. Dolor en pecho, palitaciones, problemas de presión arterial, fiebre reumática, soplo o ataque cardíaco.			() Si () No	
E. Ictericia, hemorragia intestinal, gastritis crónica, úlcera, colitis crónica, diverticulitis, hemorroides o sangrado rectal.			() Si () No	
F. Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, vejiga, piedras o enfermedad en los riñones.			() Si () No	
G. Diabetes, tiroides u otra enfermedad endocrinológica			() Si () No	
H. Neuritis, ciática o adormecimientos, gota, artritis, problemas de columna o alguna otra enfermedad o defecto muscular u óseo.			() Si () No	
I. Le falta algún órgano o miembro			() Si () No	
J. Enfermedades de la piel, glándulas linfáticas, quistes, tumor o cáncer			() Si () No	
K. Enfermedades de la sangre o anemias			() Si () No	
L. Alteraciones físicas o sensitivas de oídos, nariz y garganta.			() Si () No	
2. ¿ESTÁ ACTUALMENTE SOMETIDO A TRATAMIENTO O EN OBSERVACIÓN DE ALGUNA ENFERMEDAD?			() Si () No	
3. ¿HA TENIDO VARIACIÓN DE PESO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEMÁS DE 3 KG?			() Si () No	
CAUSA:				
4. ¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?			() Si () No	
CAUSA:				
5. ¿HA ESTADO INTERNADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?			() Si () No	
CAUSA:				
6. ¿LE HAN PRACTICADO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO ESTUDIOS DE LABORATORIO, RAYOS X, ELECTROCARDIOGRAMA U OTRO ESTUDIO?			() Si () No	
CAUSA: (Especifique fecha, motivo y resultado)				
7. ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA REGULAR?			() Si () No	
¿DESDE CUANDO?				

Aviso de Privacidad

MAPFRE TEPEYAC, S.A., con domicilio ubicado en el número cinco de Boulevard Magnocentro, en la Colonia Centro Urbano Interlomas, en el Municipio de Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52760, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse, en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Sistema MAPFRE, sus subsidiarias, afiliadas. Asimismo usted acepta y autoriza dicha transferencia, para el caso en que se realice a Terceros, Nacionales o Extranjeros, (entidades o personas distintas del Sistema MAPFRE), reconociendo que, bajo ningún supuesto o circunstancia serán compartidos sus datos sensibles, patrimoniales o financieros. En adición a lo anterior, en caso de que se requieran tratar por una finalidad que no se encuentre vinculada con la relación jurídica antes a la señalada, la misma le será comunicada mediante la modificación al presente el aviso de privacidad, el cual le será puesto a su disposición nuevamente en el tiempo y forma que correspondan.

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas, procedimientos y controles de seguridad y confidencialidad de la información.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada o, en su caso, a través de la dirección de correo electrónico arco_mapfre@mapfre.com.mx, misma que es atendida y administrada por el área de Seguridad de la Información.

El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página www.mapfre.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

Finalmente, para el caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares a través de su conducto, del mismo modo usted acepta y reconoce la obligación de hacerles del su conocimiento el presente Aviso de Privacidad a dichos titulares o bien indicar los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido aviso, así como de informarles que ha proporcionado tales datos a MAPFRE TEPEYAC, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.