

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores
Cuestionario Médico

Datos del Asegurado Titular

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Asegurado titular y Dependientes (Indicar los datos en forma amplia, clara y legible).
Para una correcta evaluación del riesgo, es necesario responder todas las preguntas para todos los asegurados.

	Titular	Depend. 1	Depend. 2	Depend. 3	Depend. 4
Peso (Ejemplo 70 kg)	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg
Estatura (Ejemplo 1.70 m), en menores de un metro anotar cm (Ejemplo 70 cm)	____.____m	____.____m	____.____m	____.____m	____.____m

		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	¿Ha tenido disminución de peso en el último año? Si la respuesta es afirmativa indicar los Kg. En SI, Si NO indicar 0										
	Si respuesta es afirmativa, especificar el motivo, dieta, ejercicio, tratamiento médico, enfermedad, etc.										
2	¿Ha tenido incremento de peso en el último año? Si la respuesta es afirmativa indicar los Kg. En SI, Si NO indicar 0										
	Si respuesta es afirmativa, especificar el motivo, dieta, ejercicio, tratamiento médico, enfermedad, etc.										
3	¿Fuma, cigarro, puro, pipa?										
	En caso afirmativo indicar cantidad diaria										
4	¿Ingiere bebidas alcohólicas?										
	En caso afirmativo, Señale clase:										
	Señale Frecuencia: Diaria, Semanal, Mensual, otra (especificar)										
	Señale Número de copas										
5	¿Consume o consumió marihuana, cocaína, lsd o cualquier tipo de droga										
	En caso afirmativo, Señale fecha de último consumo:										
	Señale Clase										
	Señale Frecuencia: Diaria, Semanal, Mensual, otra (especificar)										

Padece o padeció:

6	Enfermedades cardíacas, de la circulación. Soplo en el corazón, dolor en el pecho o tórax, infarto en el corazón, presión arterial alta o baja.										
7	Enfisema pulmonar. Alguna enfermedad en las vías respiratorias, nariz o senos paranasales. Bronquitis crónica, Asma, Tuberculosis.										
8	Enfermedades del esófago, esofagitis, úlceras o varices en el esófago. Úlcera del estómago, Úlcera del duodeno, Enfermedades del hígado, Vesícula biliar, intestino, colon, recto o del páncreas. Gastritis, hernias. Trastornos de alimentación bulimia o anorexia.										

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores
Cuestionario Médico

		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9	Enfermedades de los riñones, vejiga, próstata, testículos. Enfermedades de transmisión sexual.										
10	Pérdida de conocimiento o convulsiones, Trastornos nerviosos o mentales, parálisis, Epilepsia.										
11	Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Enfermedades de la hipófisis o pituitaria.										
12	Enfermedades de huesos o articulaciones, Amputación de algún miembro por accidente o enfermedad, Hernias en columna vertebral, padecimientos en columna vertebral.										
13	Algún tumor, Cáncer.										
14	Alguna enfermedad en ojos u oídos.										
15	Alguna intervención quirúrgica.										
16	Alergia a alguna sustancia o medicamento										
17	¿Toma algún medicamento actualmente?										
18	¿Alguna vez le han practicado Electrocardiogramas, Análisis o pruebas de laboratorio, Radiografías, Ultrasonido, Tomografía o Resonancias?										
	¿Le han dicho que los resultados son ANORMALES?										
19	Enfermedades de las glándulas mamarias. Enfermedades de los ovarios, matriz. Ha tenido partos o cesáreas. ¿Sospecha de estar embarazada o está embarazada?										
20	COVID-19, SARS-CoV-2.										
21	¿Alguna otra enfermedad o padecimiento diferente a los mencionados?										

Favor de ampliar todas las respuestas afirmativas completando la información que se solicita en el cuadro siguiente.

Titular o dependientes	Número de Pregunta	Indique estudios, diagnósticos, fechas, tratamientos, estado actual.

Cuestionario Médico

[illegible]

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Cuestionario Médico

Avisos Legales

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar. En la inteligencia de que la inexacta, falsa o no declaración de algún hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, facultará a la Aseguradora a considerar rescindido de pleno derecho el contrato. Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud de Seguro declaro estar dispuesto si fuera necesario y si la Aseguradora lo estima conveniente, a que se me practique un examen médico, además autorizo a los médicos o personas que me han examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico por tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Allianz México S.A. Compañía de Seguros, todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, para tal efecto relevo a las personas mencionada del secreto profesional y estoy de acuerdo que será suficiente la presentación de una copia de este documento para que se proporcione a la Aseguradora los datos mencionados. Esta última información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de Seguro o en cualquier momento que Allianz México S.A. Compañía de Seguros lo considere oportuno. Asimismo declaro que estoy enterado que en la carátula de la póliza se especificará el inicio de la vigencia.

Este documento sólo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Ratifico que me han sido informadas de manera amplia y detallada, el alcance real de la(s) cobertura(s), así como la forma de conservarla(s) o darla(s) por terminada(s) y que la información que he proporcionado en la presente solicitud es auténtica y veraz.

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Titular

Nombre y Firma del Contratante

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 11 de octubre de 2022, con los números CNSF-S0003-0369-2022/CONDUSEF-001464-19; CNSF-S0003-0371-2022/CONDUSEF-002662-18, a partir del 8 de noviembre de 2022 con el número CNSF-S0003-0455-2022/CONDUSEF-001463-21 y a partir del 17 de enero de 2023 con el número CNSF-S0003-0368-2022/CONDUSEF-001465-21

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Cuestionario Médico

Aviso de Privacidad

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros (en lo sucesivo, "Allianz") con domicilio ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 164, Colonia Lomas de Barrilaco, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11010, en la Ciudad de México, México, utilizará sus datos personales aquí recabados para: A) verificar, confirmar y validar su identidad; B) evaluar su solicitud de seguro y selección de riesgo o las circunstancias para, en su caso, celebrar contratos con Allianz; C) cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; D) entregar toda aquella documentación que se derive del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; E) operar y dar seguimiento al producto de seguro solicitado o contratado con Allianz; y F) prevenir y detectar fraude y/u operaciones ilícitas.

Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y tratados los siguientes datos personales patrimoniales y sensibles: su estado de salud pasado y presente (solo para el caso del asegurado), su número de Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) o Tarjeta de Crédito y Estado de Cuenta Bancario. Allianz se compromete a que los mismos serán tratados bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad.

De conformidad con lo que se establece en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Allianz requiere de su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos patrimoniales y sensibles, por lo que le solicitamos indique si acepta o no el tratamiento:

Consentimiento del Asegurado:

- ☐ Consiento que mis datos personales patrimoniales y sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones señalados en el presente aviso de privacidad.

.....
Nombre y Firma del Titular

.....
Lugar y Fecha

Consentimiento del Contratante (solo en caso de ser una persona distinta al Asegurado):

- ☐ Consiento que mis datos personales patrimoniales y sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones señalados en el presente aviso de privacidad.

.....
Nombre y Firma del Contratante

.....
Lugar y Fecha

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de nuestra página web: <https://www.allianz.com.mx/aviso-de-privacidad>