



Número de póliza	Nombre del Agente	Día	Mes	Año
Producto (Favor de marcar el producto correspondiente): <input type="radio"/> MiDoc ATM <input type="radio"/> MiDoc Deducible <input type="radio"/> MiDoc VITAL				

I. NOMBRE DEL CONTRATANTE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Razón Social		

II. TRÁMITES A EFECTUAR POR PÓLIZA (marque con una "x")

Cambios Con Afectación en Prima	Cambios Sin Afectación en Prima
<input type="checkbox"/> Cambio de Deducible	<input type="checkbox"/> *Cambio de Contratante
<input type="checkbox"/> Cambio de Coaseguro	<input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio
<input type="checkbox"/> Cambio de Tope de Coaseguro	<input type="checkbox"/> *Inclusión / Corrección de RFC o CURP
<input type="checkbox"/> Cambio de Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> *Inclusión / Corrección de Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> Cambio de Suma Asegurada por Maternidad	<input type="checkbox"/> *Corrección de Nombre de Contratante
<input type="checkbox"/> Inclusión de Coberturas	<input type="checkbox"/> El Contratante deberá darse de alta en el portal para realizar el cambio y debe solicitarse por mesa de control.
<input type="checkbox"/> Exclusión de Coberturas	<input type="checkbox"/> Corrección de Nombre de Asegurado
<input type="checkbox"/> Cambio de Nivel Hospitalario	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de Antigüedad
<input type="checkbox"/> Baja de Asegurados	<input type="checkbox"/> Otros: <div></div>
<input type="checkbox"/> Alta de Asegurados	<div>(Cualquier otro caso no enlistado. Por ejemplo: corrección de póliza primaria)</div>
<input type="checkbox"/> Cambio de Forma de Pago	<div>Los cambios indicados con (*) pueden ser solicitados a través del portal de agentes, la opción en este formato es para las pólizas individuales que inicien con 34 y 37.</div>
<input type="checkbox"/> Inclusión de Medicamentos de Primer Contacto	
<input type="checkbox"/> Corrección de Fecha de Nacimiento (Titular, Cónyuge o Asegurado)	
<input type="checkbox"/> Corrección de Sexo (Contratante, Asegurado, Titular, Cónyuge)	

INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo (M, F)	Peso (ej. 72Kg)	Estatura (ej. 1.65m)	Fecha de nacimiento (AA / MM / DD)	Edad	Parentesco

III. DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO SOLICITADO



IV. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Cada uno de los cambios que se soliciten deberán acompañarse por la documentación requerida según corresponda. Cualquier cambio que no se enliste en el recuadro, deberá registrarse únicamente en el apartado III. Descripción del cambio solicitado. A continuación, se detallan los requisitos por cada tipo de movimiento solicitado.

Cambio Solicitado	Datos y/o Documentos Requeridos
Cambio de Domicilio	Datos: Domicilio (calle, número exterior e interior, colonia, fraccionamiento o localidad, delegación, ciudad o población, código postal, estado) Documentos: Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses)
Disminución de Deducible, Disminución de Coaseguro, Aumento de Suma Asegurada, Inclusión de Coberturas, Incremento en Nivel Hospitalario, Alta de Asegurado	Llenar cuestionario médico Documentos: En caso de alta adjuntar una identificación oficial vigente (INE, pasaporte, cartilla militar o cédula profesional)
Corrección de Nombre	Datos: Apellido paterno, materno y nombre(s) Documentos: Acta de nacimiento
Corrección de Fecha de Nacimiento	Datos: Día, mes, año (dd/mm/aaaa), nombre y persona a la que se le aplica (contratante, titular, asegurado o cónyuge) Documentos: Acta de nacimiento
Cambio de Agente	Datos: Nombre del nuevo agente y clave (si ya cuenta con clave de SíSNova, de lo contrario, deberá solicitar su alta) Documentos: Carta de cambio de agente debidamente firmada por el contratante, agente cedente (opcional), agente cesionario y VoBo de la Subdirección Comercial
Cambio de Contratante	Documentos requeridos por el Art. 492 de la LISF para Persona Física (identificación oficial vigente como INE, pasaporte, cartilla militar o cédula profesional, comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses) y formato de identificación inicial). Para Persona Moral además de lo anterior, agregar el Acta Constitutiva, poder del representante legal y la constancia de RFC. Datos: Datos de facturación del nuevo contratante y fecha a partir de la cual se facturará al nuevo contratante.
Alta de Recién Nacido	Documentos: Acta de nacimiento. En caso de ser protección al infante se podrá omitir el cuestionario médico.

V. CUESTIONARIO MÉDICO

Favor de marcar la columna “Sí” o “No” para cada uno de los cuestionamientos.	TITULAR	CÓNYUGE	ASEGURADO
A) ¿Algunos de los miembros de la familia por asegurarse padece o ha padecido enfermedades:	Sí No	Sí No	Sí No
1. Del corazón y la circulación? (infarto al miocardio, soplos cardiacos, presión elevada, fiebre reumática, entre otras)			
2. Del aparato respiratorio? (asma, tuberculosis, bronquitis crónica, COVID, entre otras)			
3. Del aparato digestivo? (úlcera gástrica o duodenal, enfermedades del hígado, vesícula biliar o apéndice, entre otras)			
4. Del aparato genitourinario? (riñones, próstata, vejiga, entra otras)			
5. Del sistema endócrino? (diabetes, hipertiroidismo, alteraciones del colesterol o triglicéridos, entre otras)			
6. Del sistema nervioso? (pérdida del conocimiento o convulsiones, trastornos nerviosos o mentales, parálisis, epilepsia, entre otros)			



	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7. Del aparato músculo esquelético? (de la columna vertebral, osteoporosis, de las rodillas o hernias, entre otras)						
8. Cáncer o tumores?						
9. Cualquier otra enfermedad que haya manifestado por más de 8 días?						
B) ¿Tiene algún defecto auditivo?						
C) ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?						
D) Antecedentes patológicos y enfermedades actuales:						
1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?						
2. ¿Está en tratamiento actualmente? (omitir gripas, resfriados y amigdalitis)						
3. ¿Padece o se le ha diagnosticado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?						
4. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?						
5. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?						
E) ¿Le falta algún miembro, parte de él o tiene alguna deformidad?						
F) ¿Alguna vez le han practicado:						
1. Electrocardiogramas?						
2. Pruebas de laboratorio?						
3. Radiografías, ultrasonidos, resonancia magnética?						
G) Hábitos						
1. ¿Fuma? Si su respuesta es afirmativa detalle cantidad: _____ y frecuencia _____						
2. ¿Ha usado drogas psicotrópicas? (marihuana, cocaína, heroína, morfina, anfetaminas, barbitúricos u otros)						
3. ¿Ha recibido orientación o ha padecido alguna enfermedad relacionada con el uso del alcohol o drogas?						
4. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si su respuesta es afirmativa detalle clase: _____ cantidad: _____ y frecuencia _____						
H) Sólo para solicitantes mujeres y mayores de 15 años						
1. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios?						
2. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la matriz?						
3. ¿Está embarazada?						
4. Número de:						
a) Partos (naturales) _____						
b) Cesáreas _____						
c) Abortos _____						
5. ¿Alimentó a sus hijos con leche materna?						
6. ¿Alguna vez se le ha practicado:						
a) Papanicolau						
b) Mamografía						
I) ¿Ha aumentado o disminuido de peso en los dos últimos años? Mencionar la causa.						
Kgs. Aumentados _____ Kgs. Disminuidos _____ Causa _____						



En cualquier caso de respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre las fechas, los resultados de laboratorio y gabinete, estado actual, nombre del médico tratante, etc., en el o los recuadros que se presentan a continuación.

TITULAR	Letra y no. de pregunta	Detalle	Fecha de inicio	Estado actual
CÓNYUGE	Letra y no. de pregunta	Detalle	Fecha de inicio	Estado actual
HIJOS U OTROS	Letra y no. de pregunta	Detalle	Fecha de inicio	Estado actual

VI. ACEPTACIÓN

Acepto que Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. (SiSNova) en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, puso a mi disposición en su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Autorizo expresamente a SiSNova para tratar mis datos personales y datos personales sensibles que figuran en el presente formato, de conformidad con los términos de este consentimiento y las finalidades descritas en el Aviso de Privacidad de SiSNova.

Este documento sólo constituye una solicitud y, por tanto, no representa una garantía 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. Estoy consciente que de acuerdo con el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato del Seguro estoy obligado a declarar aquellos hechos relevantes para la apreciación del riesgo que conozca al momento de firmar este documento, y de que en caso contrario como lo es la no declaración, la inexacta o la falsa declaración, podrá generar que cesen de pleno derecho las obligaciones de la Compañía respecto a la póliza en referencia.

1Nombre y Firma del Contratante

1Nombre y Firma del Agente

1, 2 Nombre y Firma del Asegurado

1. Las firmas deben ser autógrafas.

2. Si el asegurado es menor de edad, deberá firmar el padre, madre o tutor legal.