

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores
Cuestionario Médico

Datos del Asegurado Titular

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Datos del Asegurado Titular y Dependientes (Indicarlos de forma amplia, clara y legible)

Padece o padeció:		Titular		Dependientes									
				1		2		3		4		5	
1	Estatura (ejemplo: 1.70 m*)	__.	__m	__.	__m	__.	__m	__.	__m	__.	__m	__.	__m
2	Peso (ejemplo: 80 kg*)	__	kg	__	kg	__	kg	__	kg	__	kg	__	kg
3	Soplo en el corazón	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4	Dolor en pecho o en tórax	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5	Infarto en el corazón	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
6	Enfermedades de la circulación	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7	Presión arterial alta o baja	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8	Bronquitis crónica	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9	Asma	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10	Tuberculosis	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
11	Enfisema pulmonar	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
12	Úlcera del estómago	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
13	Úlcera del duodeno	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
14	Enfermedades del hígado	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
15	Enfermedades de la vesícula biliar	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
16	Enfermedades del intestino, colon, recto	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
17	Enfermedad del páncreas, gastritis, hernias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
18	Enfermedades de los riñones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
19	Enfermedades de la vejiga	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20	Enfermedades de transmisión sexual	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
21	Enfermedades de las glándulas mamarias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
22	Pérdida de conocimiento o convulsiones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
23	Trastornos nerviosos o mentales, parálisis	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
24	Epilepsia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
25	Diabetes	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
26	Enfermedades de la tiroides	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
27	Enfermedades de la hipófisis o pituitaria	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
28	Enfermedades de los huesos o articulaciones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
29	Amputación de algún miembro por accidente o enfermedad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
30	Hernias en columna vertebral	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
31	Algún tumor	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
32	Alguna enfermedad en ojos u oídos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
33	Cáncer	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
34	Alguna intervención quirúrgica	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
35	Alguna enfermedad en las vías respiratorias, nariz o senos paranasales	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Cuestionario Médico

		Titular		1		2		3		4		5	
36	Alergia a alguna sustancia o medicamento	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
37	¿Toma algún medicamento actualmente?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
38	Enfermedades del esófago, esofagitis, úlceras o várices en el esófago	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
39	Alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
40	Trastornos de alimentación, bulimia o anorexia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
41	Disminución de peso, ¿variación en el último año? (En caso de que no haya habido variación indicar 0%)	_____ %		_____ %		_____ %		_____ %		_____ %		_____ %	
42	Fuma (cigarro, puro, pipa)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	Cantidad diaria:												
	Desde cuando fuma o dejó de fumar												
43	Ingiera bebidas alcohólicas	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	Clase:												
	Frecuencia: (no contestar ocasional ni social)												
	Número de copas												
44	Consume o consumió marihuana, cocaína, lsd o cualquier tipo de droga	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	Clase:												
	Frecuencia:												
Alguna vez le han practicado:													
45	Electrocardiogramas	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
46	Análisis o pruebas de laboratorio	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
47	Radiografías, ultrasonido	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
48	Tomografías o resonancias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
49	¿Y le han dicho que los resultados son ANORMALES?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
50	¿Alguna otra enfermedad o padecimiento diferente a las mencionadas?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Si el Asegurado es de SEXO FEMENINO deberá responder:													
51	Enfermedades de los ovarios, matriz	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
52	Partos o cesáreas (necesario ampliar respuesta)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
53	¿Alguna sospecha de estar embarazada o está embarazada? En caso afirmativo, favor de indicar tiempo de gestación	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
54	¿Alguno de los partos o cesáreas se presentó antes de la semana 37 de embarazo? (necesario indicar la causa)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
55	El peso de el(los) recién nacido(s) ¿fue menor a 2 kilos?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
56	¿Le indicaron que algunos del (los)embarazo(s) fue(ron) antes de tiempo? (necesario indicar la causa)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Si el Asegurado es de SEXO MASCULINO deberá responder:													
57	Enfermedades de la próstata	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
58	Enfermedad testicular	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Cuestionario Médico

Favor de ampliar respuestas afirmativas

[illegible]

Kg = Kilogramos
m = metros

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 febrero de 2021, con los números CNSF-S0003-0084-2021/CONDUSEF-001465-15; CNSF-S0003-0085-2021/CONDUSEF-001464-14; CNSF-S0003-0086-2021/CONDUSEF-001463-15; CNSF-S0003-0088-2021/CONDUSEF-002662-13.

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>