

Las preguntas debe formularlas el médico examinador, anotando las respuestas con tinta negra y de su puño y letra de molde. Este examen será practicado de preferencia en el consultorio médico, siempre en privado; es de carácter estrictamente confidencial, por lo que el médico examinador no debe exteriorizar ninguna opinión personal al examinado ni al agente de seguros, debe ser remitido directamente a la compañía junto con la muestra de orina que se recoja o el resultado de la misma en caso de instrucciones en este sentido por parte de la compañía.

I. Datos generales				
Nombre del solicitante				
Apellido paterno Torreblanca		Apellido materno Montano		Nombre(s) Aimee Adriana
R.F.C. (con homoclave)		CURP		Fecha de nacimiento
T O M A 7 2 0 9 0 6 I Y 7		T O M A 7 2 0 9 0 6 M B S R N M 0 1		06/09/1972 día mes año
Ocupación actual		Lugar de residencia en los últimos cinco años		
EMPRESARIA		LA PAZ B.C.S.		
Antecedentes patológicos familiares				
¿Ha habido en su familia casos de? Si es afirmativo marque con una cruz				
<input checked="" type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		<input type="checkbox"/> Mentales
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones		<input type="checkbox"/> Suicidio
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón		<input type="checkbox"/> Enfermedades cerebrovasculares		<input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____
Antecedentes patológicos familiares				
Parentesco	Edad o	Estado de salud	Edad a su muerte o	Causa de muerte
a) Padre	Edad 85	Bueno	Edad	
a) Madre	Edad 76	Bueno	Edad	
a) Hermanos	No. de vivos 3	Bueno	No. de muertos	
a) Cónyuge	Edad 50	Bueno	Edad	
a) Hijos	No. de vivos 2	Bueno	No. de muertos	
Hábitos de tabaco				
a) ¿Fuma actualmente?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
En caso de ser negativo. ¿Fumaba anteriormente?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
b) ¿En qué año empezó a fumar? _____				
c) Número de cigarrillos diarios que fuma o fumaba _____				
d) ¿En qué año dejó de fumar? _____				
e) ¿Por qué razón? _____				

Hábitos de alcohol	
a) ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo? _____
b) Clase _____	
c) Frecuencia: <input type="checkbox"/> diaria <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Otros _____	
d) Cantidad (de preferencia en ml.) _____	
e) ¿Llega al estado de embriaguez? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
f) ¿Ha tenido accidentes de tránsito o trabajo por causa de la ingesta de alcohol?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
g) Si dejó de beber señale la fecha y la causa _____	
h) ¿Cuánto bebía antes (clase, frecuencia y cantidad)? _____	
i) ¿Ha recibido tratamiento con relación a sus hábitos de consumo de alcohol?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
j) ¿Pertenece o ha pertenecido a asociaciones como alcohólicos anónimos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Hábitos de drogas	
a) ¿Alguna vez ha usado marihuana, heroína, LSD, cocaína barbitúricos, anfetaminas o cualquier otro tipo de drogas psicoactivas? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
b) En caso afirmativo; señalar fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión _____	
c) ¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de drogas psicoactivas? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
d) ¿Pertenece o ha pertenecido a instituciones para su rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Hábitos alimenticios y deportes	
a) ¿Ha variado su peso durante el último año? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Kgs. aumentados _____ Kgs. disminuidos _____ Causa: _____	
b) ¿Realiza regularmente alguna actividad física? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) Tipo de ejercicio _____ Caminata y trote 5 kms / día	
d) Días y tiempo a la semana _____ De Lunes a Viernes una hora	
Antecedentes personales y padecimiento actual	
a) ¿Padece actualmente alguna enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
b) En los últimos 24 meses, ¿ha consultado con algún médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
c) ¿Está usted sujeto a cualquier tratamiento médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
d) ¿Ha recibido transfusiones de sangre? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

- e) ¿Ha consultado por alguna enfermedad infecciosa por transmisión sexual? Sí ☐ No ☒
- f) ¿Le han dicho que tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? Sí ☐ No ☒
Complejo relacionado al SIDA (CRS) o síntomas relacionados con el SIDA Sí ☐ No ☐
- g) ¿Ha recibido tratamiento en relación con cualquiera de las categorías anteriores? Sí ☐ No ☒

En caso de alguna respuesta afirmativa favor de dar información detallada sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorios y gabinetes, diagnóstico, tratamiento, evolución y secuelas.

Padece o ha padecido de

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| a) ¿Algún soplo en el corazón? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| b) ¿Dolor en el pecho o en el tórax? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| c) ¿Infarto en el corazón? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| e) ¿Alguna otra enfermedad del corazón? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| f) ¿Presión arterial alta? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| g) ¿Bronquitis crónica? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| h) ¿Asma? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| i) ¿Tuberculosis? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| j) ¿Cáncer? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| k) ¿Úlcera del duodeno? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| l) ¿Úlcera del estómago? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| m) ¿Enfermedad del hígado? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| n) ¿Enfermedades de la vesícula biliar? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| o) ¿Enfermedades del intestino, colon o recto? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| p) ¿Enfermedades de los riñones? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| q) ¿Enfermedades de la vejiga? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| r) ¿Diabetes? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| s) ¿Algún tumor? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| t) ¿Parálisis? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| u) ¿Pérdida del conocimiento o convulsiones? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| v) ¿Astenia, adinamia y anorexia? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| w) ¿Cuadros diarreicos frecuentes? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| x) ¿Hipertrofia ganglionar? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| y) ¿Diaforésis nocturna? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| z) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |

- aa) ¿Trastornos nerviosos o mentales? Sí ☐ No ☒
- ab) ¿Alguna otra enfermedad? Sí ☐ No ☒
- ac) ¿Alguna intervención quirúrgica? Sí ☒ No ☐

Apendicectomía a los 10 años de edad

Histerectomía a los 44 años por miomatosis

Alguna vez le han practicado

- a) ¿Electrocardiogramas? Sí ☐ No ☒
- b) ¿Análisis o pruebas de laboratorio? Sí ☐ No ☒
- c) ¿Radiografías? Sí ☒ No ☐
- d) ¿Alguna prueba de laboratorios para detectar SIDA? Sí ☐ No ☐
- e) ¿Alguna vez ha estado hospitalizado? Sí ☒ No ☐

Sitio y fecha En sus procesos quirúrgicos

En caso de alguna respuesta afirmativa, dar información detallada: _____

En caso de ser mujer, padece o ha padecido de

- a) ¿Enfermedades de las glándulas mamarias? Sí ☐ No ☒
- b) ¿Enfermedades de los ovarios? Sí ☐ No ☒
- c) ¿Enfermedades del útero? Sí ☒ No ☐
- d) ¿Está embarazada? Sí ☐ No ☒

En caso afirmativo: semanas de gestación _____ Fecha de la última regla _____

e) Antecedentes gineco-obstétricos: ☐ 2 Gesta ☐ 2 Para ☐ Abortos ☐ Cesárea

f) ¿Se le ha practicado alguna mastografía? Sí ☒ No ☐

Motivos y resultados: Control Anual Sistemático preventivo

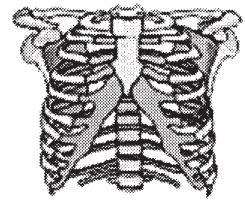
g) ¿Se le ha practicado algún papanicolaou? Sí ☒ No ☐ Fecha _____

Resultado Sistemático Preventivo cada año

II. Exploración física																							
1. Estatura (cms.) <u>1.63</u>	¿Lo midió?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																				
Peso (Kg.) <u>79.3 Kg</u>	¿Lo pesó?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																				
2. Perímetro del tórax a nivel del apéndice xifoides: <div style="margin-left: 20px;"> a) En inspiración plena: (<u>86</u>) cms. b) En espiración forzada: (<u>88</u>) cms. c) Perímetro del abdomen a nivel del ombligo: (<u>94</u>) cms. </div>																							
3. Pulso: <div style="margin-left: 20px;"> a) Frecuencia cardíaca en un minuto completo: <u>68</u> b) ¿Es rítmico? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> c) Número de extrasístoles por minuto: _____ </div>																							
<div style="display: flex;"> <div style="width: 35%; border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"> En caso de extrasístoles practicar la prueba de esfuerzo al margen. 3A. El solicitante practicará ejercicio físico (sentadillas, carrera estacionaria, etc.) de modo que su frecuencia se incremente al 100/min. mínimo, registrando en el pulso como se solicita. </div> <div style="width: 65%; padding-left: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%;">En reposo</th> <th style="width: 10%;">En ejercicio</th> <th style="width: 10%;">En esfuerzo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3A. Pulso en prueba de esfuerzo:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) Frecuencia en un minuto completo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) ¿Es rítmico?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) Número de extrasístoles por minuto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>					En reposo	En ejercicio	En esfuerzo	3A. Pulso en prueba de esfuerzo:				a) Frecuencia en un minuto completo				b) ¿Es rítmico?				c) Número de extrasístoles por minuto			
	En reposo	En ejercicio	En esfuerzo																				
3A. Pulso en prueba de esfuerzo:																							
a) Frecuencia en un minuto completo																							
b) ¿Es rítmico?																							
c) Número de extrasístoles por minuto																							
<div style="display: flex;"> <div style="width: 45%; border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"> 4. Presión arterial (método auscultatorio) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> a) Sistólica <u>116</u> </div> <div style="width: 45%;"> b) Diastólica (5a. fase) <u>73</u> </div> </div> </div> <div style="width: 55%; padding-left: 10px;"> 4A. Presión arterial, lecturas adicionales <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">1a. lectura</th> <th style="width: 15%;">2a. lectura</th> <th style="width: 10%;">3a. lectura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Sistólica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Diastólica (5a. fase)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>					1a. lectura	2a. lectura	3a. lectura	a) Sistólica				b) Diastólica (5a. fase)											
	1a. lectura	2a. lectura	3a. lectura																				
a) Sistólica																							
b) Diastólica (5a. fase)																							
<div style="display: flex;"> <div style="width: 35%; border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"> En caso de encontrar cifras superiores a los 140/95 hacer dos lecturas adicionales al margen 4A. </div> <div style="width: 65%;"></div> </div>																							
5. Región precordial <div style="margin-left: 20px;"> a) ¿A nivel de que espacio intercostal se palpa la punta del corazón? (<u>7mo</u>) b) ¿A cuántos centímetros de la línea medio esternal? (<u>13 cms</u>) c) ¿Existe algún dato anormal a la palpación? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> d) ¿La auscultación en los focos clásicos es normal? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> </div>																							
5A. Examen cardiovascular <div style="margin-left: 20px; margin-top: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Crecimiento cardíaco</div> <div>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Soplo cardíaco</div> <div>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Disnea</div> <div>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Edema</div> <div>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></div> </div> </div>																							
En caso de cualquier antecedente o hallazgo cardiovascular, practicar el examen cardiovascular al margen 5A.																							

En presencia de soplo cardíaco describa


	Foco	Foco		Foco	Foco
Constante	()	()	Después del ejercicio:	()	()
Inconstante	()	()	Se incrementa	()	()
Transmitido	()	()	Desaparece	()	()
Localizado	()	()	No cambia	()	()
Sistólico	()	()	Disminuye	()	()
Presistólico	()	()			
Diastólico	()	()	Señalar:		
Suave (grado 1-2)	()	()	Latido apical	<input type="radio"/>	
Moderado (grado 3-4)	()	()	Región del soplo	<input type="checkbox"/>	
Fuerte (grado 5-6)	()	()	Punto de mayor intensidad	×	
			Transmisión	⇒	



Su impresión diagnóstica

Odontograma

SUPERIOR

DERECHA  IZQUIERDA

INFERIOR

Ausencia: _____

Prótesis: _____

Amalgama: _____

Nombre y teléfono del odontólogo

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar información detallada:

1. ¿Alguna anomalía en su aspecto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Existe disnea?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Existe alguna deformidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Falta algún miembro o parte de él?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Hay parálisis o paresias?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Hay movimientos anormales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿La marcha es normal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Se aprecia algún trastorno psíquico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Existe cualquier anomalía?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
a) ¿En el estado anatómico de los ojos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) ¿En la visión de cada ojo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) ¿En la audición de cada oído?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d) ¿En la cavidad bucal y la faringe?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e) ¿En el cuello (ganglios, tiroides, turgencia, yugular, arterias)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

- f) ¿En el tórax (Inspección, auscultación)? Sí ☐ No ☐
- g) ¿En la columna vertebral (deformidad, dolor, limitación funcional)? Sí ☐ No ☐
- h) ¿En el abdomen (inspección, palpación, dolor, visceromegalias, ascitis, aorta)? Sí ☐ No ☐
- i) ¿En las extremidades (várices, úlceras, edema, articulaciones, arterias, reflejos)? Sí ☐ No ☐
- 10) ¿Existe algún dato en el aliento, dientes, dedos del solicitante que señale que fume? Sí ☐ No ☐
- 11) ¿Conoce en el examinado algún factor en sus hábitos, antecedentes, etc., que pueda influir negativamente en el riesgo? Sí ☐ No ☐
- 12) Considera el estado de salud del Solicitante como:
Normal ☒ Dudoso Anormal
- 13) ¿Recogió personalmente la muestra de orina? Sí ☐ No ☒

Datos Adicionales

IMC: 29,85, Clasificación Masa Corporal: Sobrepeso Grado II

Médico que acostumbra consultar

Nombre

Dr. Sergio Meza Mendoza / Dra Liliana Campos

Domicilio

Teléfono (con lada)

Revolución e Hidalgo

667 996 7446

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmarlo)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley del Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

También autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, así como a las compañías aseguradoras que me hayan realizado algún examen o estudios de laboratorio, para que proporcionen a la compañía todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores en virtud de que he solicitado seguro a dicha compañía.

Para efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud del seguro, en el caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la compañía lo considere oportuno.

Fechado en (ciudad y estado)	día	mes	año	hora
LA PAZ B.C.S.	1 8	0 7	2 0 2 2	17:30 hrs

Por este conducto declaramos y aceptamos que todos los datos e informes proporcionados en el presente examen son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

 Firma del solicitante
 (Debe ser hecha a la vista del médico examinador)

Identificación oficial presentada:

IFE ☒ Pasaporte ☐ Cédula profesional ☐ No. de identificación _____

Expedida por	Número	Vigencia			
INE	ID1916631717	2029			
Clave y nombre del Agente					
Certifico haber examinado al solicitante cuya firma aparece al calce de sus declaraciones					
Fechado en (Ciudad y Estado)		día	mes	año	hora
La Paz B.C.S.		1 8	0 7	2 0 2 2	17:30 hrs
Practicado en					
<input checked="" type="checkbox"/> Mi consultorio <input type="checkbox"/> Su domicilio <input type="checkbox"/> Otro lugar (especificar) _____					
Nombre completo del médico examinador					
Juan Víctor Emilio Sánchez					
Teléfono	Domicilio			Cédula profesional	
612 122 5743	Cuauhémoc 1095			1643960	
<p>Antes de firmar, se le recuerda que según lo establecido en el Art. 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, se impondrá pena de prisión y multa al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculten a la aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <hr style="width: 30%; margin: 10px auto;"/> <p>Firma del médico</p>					

“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 06 de Abril de 2015, con el número CGEN-S0023-0085-2015.”