





**Información del Menor Solicitante.** (Deberá llenarse en todos los casos).**Cuestionario General y Hábitos.**

¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses Sí  No  Kilogramos Disminución: \_\_\_\_\_ Kilogramos Aumento: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kgs.

Nombre del médico que acostumbra consultar: \_\_\_\_\_

Domicilio del médico: \_\_\_\_\_

**Historia familiar.** ¿Han padecido sus padres o hermanos?

Insuficiencia renal Sí  No  Diabetes Sí  No  Cáncer Sí  No  SIDA Sí  No

Afecciones cardíacas Sí  No  Hipertensión arterial Sí  No  Epilepsia Sí  No  Demencia Sí  No

Otros Sí  Especificar: \_\_\_\_\_

	Edad	Estado de salud (si no es bueno dar detalles)	Edad al fallecimiento	Causa
Madre:				
Padre:				

**Cuestionario Médico.**

- 1) ¿Padece o ha padecido actualmente alguna enfermedad, afección o lesión; está sujeto a algún tratamiento por abuso de alcohol, o por uso de sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos u otras; tiene pendiente alguna intervención quirúrgica, le falta algún miembro o parte de él? Sí  No
- 2) ¿Tiene alguna deformidad o malformación, defecto visual y/o auditivo; se ha practicado alguna intervención quirúrgica; ha consultado al médico en los últimos dos años? Sí  No
- 3) ¿Le han practicado pruebas de laboratorio para detectar alguna enfermedad específica? (Diabetes, embarazo, SIDA, etc.) Sí  No

**En caso de alguna respuesta afirmativa del cuestionario médico, dar amplia información**

Número de pregunta	Nombre de las enfermedades afecciones, lesiones, estudios.	No. de veces que las ha sufrido	Fecha Año / Mes / Día	Duración	Estado Actual

**Nota Importante:** (Debe leerlo antes de firmar).

Se previene al contratante y al solicitante que conforme a la ley sobre el contrato de seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido, para que participen con AXA Seguros, S.A. de C.V. todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a AXA Seguros la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez AXA Seguros proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Expreso mi conformidad en el sentido de que si el fallecimiento del solicitante ocurre antes de cumplir doce años de edad, la responsabilidad de la Compañía se reducirá a la devolución al contratante de la póliza, del valor en efectivo acumulado a la fecha en que esto ocurra.

Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato.

**“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna 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”.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (o de su representante legal si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante (En caso de solicitar seguro mancomunado)

\_\_\_\_\_  
Firma Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

**Informe Completo del Agente.** (Deberá llenarse en todos los casos)

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? \_\_\_\_\_ ¿En cuánto estima ud. los ingresos anuales de su cliente? \$ \_\_\_\_\_

¿Le consta que su cliente firmó esta solicitud? Sí  No  ¿Recomienda Ud. a su cliente por su moralidad, reputación y ocupación? Sí  No

¿Conoce algún hecho en contradicción con las respuestas del contratante? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene su cliente? Número \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_ ¿Cuántos dependen de él? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el grado máximo de estudios de su cliente? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos automóviles propios tiene su cliente? \_\_\_\_\_

¿La casa en donde vive su cliente es de su propiedad? Sí  No  Casa  Departamento  Condominio

Firma del agente (de conformidad de las respuestas que anteceden).

Lugar y fecha

**Para uso exclusivo de Axa Seguros, S.A. de C.V.**

Número de póliza	Suma por fallecimiento	Vigor/Cancelado	Número de póliza	Suma por fallecimiento	Vigor/Cancelado

**Dictamen**

Subnormalidad \_\_\_\_\_ Fumador \_\_\_\_\_ Tipo de reaseguro \_\_\_\_\_

Coberturas Suma asegurada Médica Ocupacional

Factor Plazo Factor Plazo

Validez del examen \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Reaseguro facultativo	Distribución de reaseguro