

Información sobre ocupación (Solicitante Titular)

Nombre de la empresa _____ Teléfono _____

Giro _____ Población y Edo. _____

Ocupación _____

Ingresos anuales del solicitante \$ _____ Ingresos anuales del contratante \$ _____

(Sólo cuando el contratante es diferente al solicitante)

El siguiente cuestionario no es requerido en solicitudes para cubrir viajes de recreo, estudios, congresos, o convenciones.

Lugar de trabajo: Oficina Fábrica Taller Calle Tienda / Comercio Consultorio / Despacho Otro: _____

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1) ¿Trabaja Ud. en horario nocturno? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 9) ¿Conduce Ud. algún tipo de vehículo?
Detalle tipo de vehículo, uso y carga
(excluya auto de uso particular) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Usa Ud. armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 10) ¿Pilotea o forma parte de la tripulación en algún tipo de aeronave? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Trabaja Ud. con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 11) ¿Realiza Ud. actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Trabaja Ud. con animales sean o no domésticos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 12) ¿Realiza Ud. actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Trabaja Ud. en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 13) ¿Realiza Ud. investigaciones o maneja información que pueda poner en peligro su integridad física? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Realiza Ud. trabajos de mantenimiento a algún tipo de aparato, maquinaria o equipo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 14) ¿Alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (No incluir rentas o inversiones) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7) ¿Trabaja Ud. o maneja algún tipo de maquinaria industrial o pesada? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| 8) ¿Supervisa Ud. procesos de manufactura o de construcción? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

Hábitos

¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí No

Cuál(es): _____ Frecuencia: _____ Cantidad: _____
(Ron, brandy, whisky, etc.) (Diaria, semanal, quincenal, etc.) (3,4,5 o más copas)

Cuestionario Médico

- ¿Han padecido los padres o hermanos (del titular y/o cónyuge) de insuficiencia renal, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, cáncer, afecciones congénitas, afección reumática, afección coronaria, demencia, esquizofrenia o trastornos mentales? Sí No
Especifique: _____
- ¿Estuvo, o está sujeto algún tratamiento médico, intervención quirúrgica u hospitalizado? Sí No
Especifique: _____
- ¿Ha padecido molestias del corazón, presión alta, anemia o alguna enfermedad del sistema circulatorio? Sí No
Especifique: _____
- ¿Padece o ha padecido de reumatismo, alguna anomalía del sistema óseo, alguna deformidad o alguna pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento? Sí No
Especifique: _____
- ¿Le falta algún miembro o parte de él, tiene alguna anomalía de la vista, auditiva o del sistema respiratorio? Sí No
Especifique: _____
- ¿Ha tenido enfermedades del aparato digestivo, intestino delgado, hígado, colón, páncreas o vesícula biliar? Sí No
Especifique: _____
- ¿Padece o ha padecido enfermedad del sistema nervioso locomotor, cuadros de ansiedad, depresión o alguna enfermedad mental? Sí No
Especifique: _____
- ¿Padece o ha padecido enfermedad vascular cerebral (embolia, trombosis, etc.), diabetes mellitus, cáncer o tumores de cualquier tipo y en cualquier parte del cuerpo? Sí No
Especifique: _____
- ¿Ha padecido enfermedades transmisibles (Incluyendo hepatitis o infecciones de transmisión sexual)? Sí No
Especifique: _____
- ¿Se le ha practicado pruebas especiales de laboratorio para diagnosticar alguna enfermedad específica (como SIDA, diabetes, etc.)? Sí No
Especifique: _____

En caso de respuesta afirmativa, favor de ampliar información:

No. Pregunta	Detalle

Actividades, aficiones, deportes

Este seguro no cubre accidentes ocasionados por alguna de las siguientes actividades. Si Ud. desea cubrir las en forma especial, favor de indicarlo.

Actividad	Marque si desea cubrir el riesgo	Actividad	Marque si desea cubrir el riesgo	Actividad	Marque si desea cubrir el riesgo
Carreras de autos	<input type="checkbox"/>	Tiro al blanco	<input type="checkbox"/>	Vuelo en aviones que no sean de línea regular	<input type="checkbox"/>
Artes marciales, box o lucha	<input type="checkbox"/>	Ski	<input type="checkbox"/>	Deportes aéreos (paracaidismo, vuelo delta, planeador, etc.)	<input type="checkbox"/>
Alpinismo	<input type="checkbox"/>	Charrería o equitación	<input type="checkbox"/>		
Uso de motocicleta	<input type="checkbox"/>	Buceo	<input type="checkbox"/>	Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en algún tipo de vehículo	<input type="checkbox"/>
Motonáutica	<input type="checkbox"/>	Caza	<input type="checkbox"/>		
Juegos de azar y/o apuestas	<input type="checkbox"/>				

Si Ud. ha marcado alguna de las actividades, favor de indicar:

1) Actividad: Amateur Profesional

2) Nivel: Nacional Internacional

3) Tipo o especialidad: _____

4) Practica Solo En grupo

5) Frecuencia: _____

6) Lugares: _____

7) Equipo o vehículos utilizados: _____

8) Características del motor (en caso de vehículos): _____

9) Otros detalles de la actividad (profundidad, altura, suertes que practica, piezas que cobra, etc.): _____

Otros seguros Si Ud. Ha sido rechazado o extraprimado al solicitar algún seguro, sírvase indicar

Compañía	Tipo de Seguro	Fecha			Suma Asegurada
		Año	Mes	Día	

Si Ud. tiene algún otro seguro de accidentes personales, sírvase indicar: (no incluya seguros de grupo o colectivos)

Compañía	Tipo de Seguro	Fecha			Suma Asegurada
		Año	Mes	Día	

Observaciones

Referencias del contratante (Deberá llenarse en todos los casos)

(Datos de tres personas, no familiares, que le conozcan). Si es persona moral, dar referencias del solicitante.

Nombre	Domicilio	Teléfono

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.

El contrato de seguro, empezará a surtir efecto en el momento en que el contratante y solicitante tengan conocimiento de que, Seguros ING, S.A. de C.V. aceptó el riesgo y no al momento de la firma de esta solicitud.

Si la póliza de seguros que se está contratando por medio de esta solicitud se encuentra dentro de las condiciones a que se refieren las distintas disposiciones de carácter fiscal para efectos de deducibilidad o acreditamiento de impuestos, y el contratante desea sujetarse a lo que indican dichos ordenamientos, deberá proporcionar su clave de Registro Federal de Contribuyentes anexando a la presente para el efecto copia de la Cédula de Verificación Fiscal.

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 de médicos que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a Seguros ING, S.A. de C.V. todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud.

Para los 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 celebre dicho contrato.

La firma del solicitante y/o contratante al calce, indican su conformidad con las respuestas a los cuestionarios que anteceden.

"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

Firma del Contratante
(sólo si es diferente al solicitante)

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 solicitante? Sí No ¿Cuál? _____

Firma del agente
de conformidad de las respuestas que anteceden.

Lugar y fecha

Para uso exclusivo de Seguros ING, S.A. de C.V.

Dictamen