

Asegurado Titular	Fecha:    Día    Mes    Año	Póliza No.
-------------------	-----------------------------	------------

**Datos de los Solicitantes**

No. Solicitante	Nombre Completo ( Nombre (s) - Apellido paterno - materno)	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el titular
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular							
2. Cónyuge/Concubino							
3. Dependiente							
4. Dependiente							
5. Dependiente							
6. Dependiente							

**Cuestionario Médico**

<p><b>1.</b> ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>2.</b> ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>3.</b> ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>4.</b> ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon recto, vías biliares, hígado páncreas, bazo? ..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>5.</b> ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>6.</b> ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>7.</b> ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>8.</b> ¿Endócrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>9.</b> ¿Cáncer o cualquier otro tumor?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>10.</b> ¿Transmisibles: hepatitis, S.I.D.A., V.P.H., sífilis o cualquier otra?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>11.</b> ¿De los ojos o de los oídos?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>12.</b> ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.</b> ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.</b> ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Mujeres (mayores de 16 años)</b></p> <p><b>15.</b> ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>16.</b> ¿Está embarazada y/o ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>17.</b> Número de partos naturales, cesáreas, abortos, fecha de última menstruación, (ampliar información en el siguiente cuadro).</p> <p><b>Siniestros</b></p> <p><b>18.</b> ¿Tienes pendiente alguna reclamación o pago de siniestro?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**En caso de contestar afirmativamente, ampliar información**

No. Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas	No. de veces que las ha sufrido	Día / Mes / Año	Estado actual	No. de partos, cesáreas, abortos, fecha última menstruación.	Lo ha padecido en los últimos 2 años (conteste sólo si es alta y desea preexistencia declarada)

**Firma y Fecha**

Estoy consciente de que los cambios solicitados en mi póliza están sujetos a la aceptación por parte de AXA Seguros, S.A. de C.V.

Autorizo a los médicos o personas que nos hayan atendido, y a los hospitales o clínicas en las que hayamos estado internados para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a AXA Seguros, S.A. de C.V., toda la información sobre nuestro estado de salud, incluso sobre enfermedades anteriores. Para este efecto libero a las personas mencionadas de la obligación del secreto profesional.

**Nota importante (debe leerlo antes de firmar). Se previene al solicitante que, conforme a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta Solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso.**

<b>Firma del Asegurado Titular</b>	<b>Lugar y Fecha</b>
------------------------------------	----------------------