

| | | |
|-------------------|-----------------------------|------------|
| 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>1. ¿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>2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon recto, vías biliares, hígado páncreas, bazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Endócrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Transmisibles: hepatitis, S.I.D.A., V.P.H., sífilis o cualquier otra?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿De los ojos o de los oídos?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿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>14. ¿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>Mujeres (mayores de 16 años)</p> <p>15. ¿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>16. ¿Está embarazada y/o ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?..... Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>17. Número de partos naturales, cesáreas, abortos, fecha de última menstruación, (ampliar información en el siguiente cuadro).</p> <p>Siniestros</p> <p>18. ¿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.

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Firma del Asegurado Titular | Lugar y Fecha |
|------------------------------------|----------------------|