

Gastos Médicos Mayores Individual Cuestionario Médico

Información de la póliza									
Número de póliza				Fecha de solicitud				Folio Pegaso	
				Día	Mes	Año			
Nombre del contratante									
Nombre del asegurado titular									

Datos de los solicitantes									
No. solicitante	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco con el titular
				M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular*									
2. Solicitante *									
3. Solicitante *									
4. Solicitante *									
5. Solicitante *									
6. Solicitante *									

* En adelante se mencionarán a los solicitantes que correspondan con la numeración en el cuadro inmediato anterior.

Reconocimiento de antigüedad (se deberá adjuntar copia de la póliza anterior con endosos y carta de antigüedad de la compañía en la que se encontraba el cliente. En caso de requerir reconocimiento de antigüedad de AXA colectivo o AXA Individual se requiere solamente el número de póliza).

No. solicitante	AXA Individual				AXA Colectivo				Reconocida (otra compañía)					
	Día	Mes	Año		No. póliza	Día	Mes	Año		No. póliza	Día	Mes	Año	
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														

Estatura, peso y hábitos														
No. solicitante	Estatura (m)	Peso (kg)	¿Fuma o ha fumado?		Desde-Hasta (año/año)	Cantidad diaria en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde-Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad en copas diarias	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde-Hasta (año/año)	Frecuencia y cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														

Ocupación (sólo para los solicitantes mayores de edad)

No. solicitante	Ocupación / Profesión	Actividad / Giro	Si alguno de los solicitantes tiene domicilio, teléfono y/o nacionalidad diferente al titular, especificarlo
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Nota importante

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, el contratante o cualquiera de los solicitantes declaran estar dispuestos, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autoriza con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que lo atiendan o lo hayan atendido, para que participen a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** todos sus historiales médicos y los libera expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autoriza a las compañías de seguros a las cuales ha solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifica que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las ha dado personalmente, que son verídicas y están completas y conviene 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.

Datos personales (Aviso de privacidad)

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535 piso 27, Colonia Del Valle, Código Postal 03100, Delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en axa.mx.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S. A. de C.V., por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este cuestionario puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros.

Sí No Firma _____ “En caso de que usted no lo acepte, favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**”.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

Firma del asegurado titular o contratante	Firma del agente	Lugar y fecha

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0048-0116-2014 de fecha 04 de agosto 2014.

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

AI-332 · AGOSTO 2014

