


**reinventando / los seguros**
**Solicitud de Rehabilitación de Vida Individual**

Póliza	Vencimiento			Prima	Fecha de Emisión			Forma de pago				Suma Asegurada
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	A	S	T	M	
												\$
Nombre del Asegurado:											Edad:	
Calle				Colonia			Población y Edo.			C.P.	Teléfono	
¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				En caso afirmativo indicar clase (ron, brandy, etc.), Cantidad (diaria, semanal, etc.) y Frecuencia (No. de copas)								
¿Actualmente fuma Ud.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Fecha en que dejó de fumar, si fuma indicar tipo (cigarrillo, puro, pipa) y cantidad diaria								
¿Qué Deportes o Aficiones Practica?				Tipo de Competencia Amateur <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			Frecuencia			Desea Cubrir el Riesgo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Viaja en Aviones Particulares o militares como pasajero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				¿Ha sido o recibido instrucciones para Piloto Aviador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Estatura sin tacones _____ mts. Peso sin Saco _____ Kgs.			En caso afirmativo a las preguntas llenar el cuestionario de deportes, aficiones, o aviación respectivo.		
No. Agente		Nombre del Agente				C. de Utilidad				Firma del Agente		



151 8 x 151 8

¿Cuál es su ocupación actual?	¿Ingresos Anuales?
-------------------------------	--------------------

En caso afirmativo indicar fecha de inicio, nombre de las enfermedades, infecciones, duración, estado actual e intervenciones quirúrgicas:

¿Se encuentra actualmente en mal estado de salud?

Sí  No

¿Ha visto algún médico o ha sufrido alguna intervención, los últimos dos años?

Sí  No

Desde la expedición de la póliza que ahora solicita sea rehabilitada:

¿Ha sufrido alguna lesión corporal?

Sí  No

En caso afirmativo indicar: tipo de lesión y estado actual

¿Ha sufrido alguna enfermedad?

Sí  No

En caso afirmativo indicar: enfermedad, afección, estudios, intervenciones, duración y estado actual

¿En los dos últimos años ha sido internado en algún hospital o clínica para diagnóstico y tratamiento?

Sí  No

¿En los últimos dos años se le ha practicado alguna prueba especial de laboratorio para descartar o afirmar alguna enfermedad específica?

Sí  No

¿Usa o ha usado alguna sustancia psicoactiva como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, otros?

Sí  No

Nombre y domicilio del Médico o Médicos que lo atienden

**Nota importante:** Cuando se trate de pólizas familiares es indispensable recabar una solicitud de rehabilitación por cada uno de los asegurados de 12 años en adelante. No se dará trámite a esta solicitud de rehabilitación, sin la prima en depósito, y la póliza no tendrá valor alguno mientras la rehabilitación no sea aceptada expresamente por la compañía, en cuyo caso, se devolverá la prima en depósito.

Hago constar que el hecho de haber contestado este cuestionario no me exime de presentar requisitos de asegurabilidad, sí así lo necesitara la compañía.

**(Debe leerlo antes de firmar).** Se previene al solicitante que conforme a la ley sobre el contrato de seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del Riesgo, tal y como los conozca o deba conocer al momento de firmar la solicitud de rehabilitación.

**Comentarios Adicionales:**

Lugar y fecha de firma

Firma del solicitante

Registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con oficio No. 06-367-I-1.1./34341 del 28 Noviembre de 1996.