

Gastos Médicos Mayores Individual Cuestionario de Estado Actual de Salud Flex Plus

Asegurado Titular	Fecha	No. Póliza
-------------------	-------	------------

Información de 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. Cónyuge/Concubino							
3. Dependiente							
4. Dependiente							
5. Dependiente							
6. Dependiente							

Cuestionario médico

1. ¿Tiene o ha tenido diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?

a. Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	e. Enfisema pulmonar, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con en el manejo de insulina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f. Problemas de tipo cerebral o retraso mental	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Presión arterial alta, infarto del corazón o de angina de pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	g. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. Cirrosis hepática, insuficiencia hepática o hepatitis "C"	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

2. Recibe algún tipo de tratamiento de forma constante o por intervalos de tiempo o de manera ocasional por:

a. Molestias o dolor bajo de espalda	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Dolor en rodillas, huesos o articulaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	e. Sangrado(s) de cualquier tipo o de alguna parte de cuerpo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Dolor en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f. Cualquier otra causa no mencionada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3. En los últimos dos años:

a. ¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d. ¿Tiene pendiente el ingreso a un hospital o clínica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Tiene pendiente alguna cirugía?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
c. ¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio o radioterapia o rehabilitación física?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

4. ¿Tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?

Sí No

5. Ha variado su peso en el último año?

Sí No

En caso de contestar de manera afirmativa alguna de las preguntas del cuestionario médico, especificar la siguiente información.

Nombre del solicitante	No. pregunta/inciso	Detalle (síntomas y/o diagnóstico)	Estado actual	No. de veces que las ha padecido

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.

Gastos Médicos Mayores Individual Cuestionario de Estado Actual de Salud Flex Plus

Nota importante

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.

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 esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. 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-S0048-0193-2011 de fecha 10 de agosto 2011.

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 de la relación jurídica. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad de AXA Seguros ingresando a la página axa.mx.

Firma del asegurado titular	Firma del agente	Lugar y fecha