



Chubb de México, Compañía de Seguros, S. A. de C. V.

Av. Santa Fe No. 505, Piso 17 Colonia Cruz Manca Deleg. Cuajimalpa de Morelos, C. P. 05349 México D. F.

Información General.

Cuestionario Médico

Nombre del Solicitante		Póliza Número	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Nombre del Contratante			
Fecha de Nacimiento	Lugar de residencia en los últimos 5 años		Ocupación

Historia Familiar.

Ha habido en su familia casos de:

Cáncer	<input type="checkbox"/>	Presión arterial	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/>	Presión arterial	<input type="checkbox"/>	Especificar	<input type="checkbox"/>
Suicidio	<input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Hábitos.

¿Fuma Actualmente?	Si	Tipo	Cantidad	Frecuencia
¿Consume bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha consumido cualquier tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Práctica algún deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estatura Mts.	Peso Kgs.	¿Ha variado su peso en los últimos meses?	Kgs. aumentados:	Causa del aumento o disminución
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Kgs. disminuidos:	

Antecedentes Patológicos y enfermedades Actuales.

En caso de respuestas afirmativas, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnóstico, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y domicilio del médico tratante, etc.

1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad?	Si	No	
2. ¿En los últimos 24 meses ha consultado algún médico?	Si	No	
3. ¿Está usted sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	Si	No	

Padece o ha padecido

4. ¿Algún soplo en el corazón?	Si	No	
5. ¿Dolor en el pecho o en el tórax?	Si	No	
6. ¿Infarto en el corazón?	Si	No	
7. ¿Alguna otra enfermedad en el corazón?	Si	No	
8. ¿Enfermedades de la circulación?	Si	No	
9. ¿Presión arterial alta?	Si	No	
10. ¿Bronquitis crónica?	Si	No	
11. ¿Asma?	Si	No	
12. ¿Astemia, adinamia o anorexia?	Si	No	
13. ¿Tuberculosis?	Si	No	
14. ¿Úlcera del estómago?	Si	No	
15. ¿Cuadros diarreicos frecuentes?	Si	No	
16. ¿Úlcera del duodeno?	Si	No	



Chubb de México, Compañía de Seguros, S. A. de C. V.

Av. Santa Fe No. 505, Piso 17 Colonia Cruz Manca Deleg. Cuajimalpa de Morelos, C. P. 05349 México D. F.

17. ¿Enfermedades del hígado?.	Si	No		
18. ¿Enfermedades de la vesícula biliar?.	Si	No		
19. ¿Enfermedades del intestino, colón y recto?.	Si	No		
20. ¿Enfermedades de los riñones?.	Si	No		
21. ¿Enfermedades de la próstata?.	Si	No		
22. ¿Enfermedades de la vejiga?.	Si	No		
23. ¿Diabetes?.	Si	No		
24. ¿Algún tumor?.	Si	No		
25. ¿Hipertrofia ganglionar?.	Si	No		
26. ¿Cáncer?.	Si	No		
27. ¿Pérdida del conocimiento o convulsiones?.	Si	No		
28. ¿Parálisis?.	Si	No		
29. ¿Sudoraciones nocturnas?.	Si	No		
30. ¿Trastornos nerviosos o mentales?.	Si	No		
31. ¿Enfermedades de los huesos o las articulaciones?.	Si	No		
32. ¿Alguna otra enfermedad?.	Si	No		
33. ¿Alguna intervención quirúrgica?.	Si	No		

En caso de ser mujer, padece o ha padecido de:

34. ¿Enfermedades de los pechos?.	Si	No		
35. ¿Enfermedades en los ovarios?.	Si	No		
36. ¿Enfermedades en la matriz?.	Si	No		
37. ¿Está embarazada?.	Si	No		
38. ¿Antecedentes gineco-obstétricos	Si	No		

Gesta Partos Abortos Fecha última regla: |

Alguna vez le han practicado

39. ¿Electrocardiogramas?.	Si	No		
40. ¿Análisis o pruebas de laboratorio?.	Si	No		
41. ¿Radiografías?.	Si	No		
42. ¿Se le ha practicado alguna prueba para detectar el SIDA?.	Si	No		
43. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?.	Si	No		
44. Médico que acostumbra consultar (nombre y domicilio).				

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal como los conozca o debe de conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado o a los hospitales o clínicas a las que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a la Compañía, todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, en virtud de que he solicitado un seguro a dicha Compañía. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional.

Asimismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a la Compañía la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez la Compañía proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

Este documento sólo constituye parte de la solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firma del Solicitante	Lugar y Fecha
-----------------------	---------------



Chubb de México, Compañía de Seguros, S. A. de C. V.

Av. Santa Fe No. 505, Piso 17 Colonia Cruz Manca Deleg. Cuajimalpa de Morelos, C. P. 05349 México D. F.
