

Folio

Contratante. (Nombre completo o razón social; sólo llenar si es diferente al solicitante)

No. De Solicitud

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s) o Razón social)

Relación con el solicitante

R.F.C.

Solicitante

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s))

R.F.C.

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Año Mes Día

Sexo:

Masculino

Femenino

Edo. Civil:

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Unión Libre

Domicilio: Calle y No.

Colonia

C. P.

Población

Estado

Tel.

Seguro Solicitado

Línea Tradicional y Plus

Básico Plus Suma Asegurada \$ _____
 Superior Plus Deducible \$ _____
 Magno Plus Coaseguro _____ %

Plan Elite Internacional

Suma Asegurada USD 1,000,000
 Deducible _____
 Coaseguro 10 %

Con ampliación de cobertura:

Sí No

Línea Integral

Básico Suma Asegurada: Sin Límite
 Superior Deducible \$ _____
 Magno (a partir de \$ 2,500)

Titanium Health

Suma Asegurada USD 1,000,000
 Deducible _____
 Coaseguro 10 %

Frecuencia de pago de primas:

Anual Semestral
 Trimestral Mensual

Cobertura Médica en el Extranjero (CAME)

Sí No

Paquete de Beneficios Adicionales

Extensión de Cobertura

_____ % de Incremento en Tabla de Honorarios Quirúrgicos.

Cobertura Dinero en Efectivo

Sin Período de Espera Renta: \$500.00 Asegurados:
 \$1000.00 Titular
 Con Período de Espera \$1500.00 Titular y Cónyuge
 Otro \$ _____ Titular y Dependientes

Cobertura Adicional de Vida en Vida

Suma Asegurada: Titular Titular y Cónyuge
 \$ _____ Titular y Dependientes

Descuento por Accidente (DPA)

Sí No

Programa Cliente Especial

Suma Asegurada para Enfermedades Catastróficas **USD 1,000,000**

Familia Asegurada. En caso de pólizas familiares detalle los miembros solicitantes. (Sólo dependientes económicos. Los hijos deben ser solteros menores de 25 años).

Solicitante	Nombre Completo Apellido paterno - materno - nombre (s)	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el titular	Ocupación
		M	F	Año	Mes	Día		
	TITULAR							
Cónyuge								
Hijo 1º								
Hijo 2º								
Hijo 3º								
Hijo 4º								
Hijo 5º								

Beneficiarios Designados

Advertencia: En caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En los beneficios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto en contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s))	Parentesco (Para efectos de identificación)	%

Datos del Agente. (Aspectos internos de la Compañía)

No. agente	No. promotor	Nombre del agente	Participación	C. de Utilidad	Promotoría

Información común sobre ocupación, para cualquier programa.

Nombre de la Empresa _____ Giro _____

Profesión _____ Puesto _____

Detalle de la ocupación _____

Ingreso Anual \$ _____

Cuestionario General y Hábitos

Solicitante	Estatura	Peso	¿Fuma?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y Cantidad	¿Hace uso de bebidas alcohólicas?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y Cantidad	¿Hace uso de marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, etc.?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y Cantidad
Titular											
Cónyuge											
Hijo 1°											
Hijo 2°											
Hijo 3°											
Hijo 4°											
Hijo 5°											

Cuestionario Médico. Sírvase indicar si usted o algún miembro de la familia solicitante:

1. ¿Ha padecido o padece de insuficiencia renal, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, SIDA, epilepsia, cáncer, afección reumática, esquizofrenia o trastornos mentales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	9. ¿Tiene o ha tenido problemas en el sistema respiratorio (vías respiratorias, bronquios, pulmones, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Estuvo o está o tiene pendiente algún tratamiento médico, intervención quirúrgica u hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	10. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso o locomotor o cuadros de ansiedad, depresión o alguna enfermedad mental?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Padece o ha padecido de molestias de corazón o problemas del sistema circulatorio o enfermedades sanguíneas (anemia, presión arterial, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	11. ¿Tiene o ha padecido de tumores en alguna parte del cuerpo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Padece o ha padecido algún problema óseo o de articulaciones, reumatismo o alguna deformidad o la pérdida de algún miembro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	12. ¿Ha padecido o padece enfermedad vascular cerebral (embolia, trombosis, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene o ha tenido pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	13. ¿Ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, de transmisión sexual, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene alguna anomalía auditiva o de la vista?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	14. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, afección o lesión diferente a las señaladas anteriormente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene o ha tenido enfermedades del aparato digestivo (intestinos, hígado, vesicular, biliar, colon, páncreas, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sólo mujeres		
8. ¿Tiene o ha tenido padecimientos del sistema genito-urinario (riñón, vejiga, próstata, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	15. ¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las mamas o menstruá anormalmente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			16. ¿Se le ha practicado operación cesárea o actualmente está Ud. embarazada?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa del cuestionario médico, dar información

Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgica	No. de veces que las ha sufrido	Fecha	Estado actual

Historia Familiar. (Deberá contestarlo el titular y el cónyuge)

Han padecido sus padres o hermanos... ¿Insuficiencia renal, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, cáncer, afección coronaria, afección congénita, afección reumática, demencia, esquizofrenia o trastorno mental? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, detallar lo siguiente:

Solicitante	Enfermedades o afección	No. de veces que la ha padecido	Parentesco	Edad cuando ocurrió	Edad actual	Estado actual

Médico Familiar _____ Teléfono _____

Domicilio _____

¿Desea ampliar información en relación a las preguntas anteriores? Sí No En caso de contestar afirmativamente, anexar informe médico.

Preexistencia declarada

Solicitante	¿Qué enfermedades graves ha padecido?	Fecha del primer síntoma	¿Qué tipo de tratamiento recibió?	¿Lo ha padecido en los últimos dos años?

Cuestionario de Maternidad

	Asegurada 1	Asegurada 2	Asegurada 3
1. ¿Está embarazada actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____
3. ¿Ha tenido abortos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____
4. ¿Cuántos partos naturales ha tenido?	_____ Partos naturales	_____ Partos naturales	_____ Partos naturales
5. ¿Cuántas cesáreas ha tenido?	_____ Cesáreas	_____ Cesáreas	_____ Cesáreas
6. ¿Alguno de sus partos anteriores ha sido prematuro?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____
¿De cuántos meses?:	_____ Meses	_____ Meses	_____ Meses
7. ¿Ha tenido complicaciones en sus embarazos o partos anteriores?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
8. Nombre de su ginecólogo:			
	Teléfono: _____	Teléfono: _____	Teléfono: _____

Nota Importante: (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 a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba 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 podrá 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, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones de médicos que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a Seguros Comercial América, S.A. de C.V. todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud.

Para los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo 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 celebre dicho contrato.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá Seguros Comercial América S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna 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
(y de su representante legal si es menor de edad)

Firma del contratante
(sólo si es diferente al solicitante)

Lugar y fecha

Datos complementarios del Agente.

Nombre del completo	Clave	Lugar y Fecha	Firma

Para uso exclusivo de Seguros Comercial América, S.A. de C.V.**Dictamen**

Subnormalidad _____ Fumador _____ Tipo de reaseguro _____
 Coberturas Suma asegurada Médica Ocupacional
 Factor Plazo Factor Plazo

Validez del examen _____ Fecha de emisión: _____