

## CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

PARA CUALQUIER DUDA RELACIONADA CON EL LLENADO DE ESTE CONSENTIMIENTO PONEMOS SU DISPOSICIÓN LOS SIGUIENTES NÚMEROS TELEFÓNICOS: EN EL DISTRITO FEDERAL Y SU ÁREA METROPOLITANA EL 5447 8000 Y DESDE EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA EL 01 800 90 90000, EN DONDE CON GUSTO LO ATENDEREMOS.

### DATOS DEL CONTRATANTE Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

SEGUROS INBURSA, S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA, HACE CONSTAR QUE HA RECIBIDO UN CONSENTIMIENTO PARA ASEGURAR EN LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO SOLICITADO

CATEGORÍA: SUMA ASEGURADA PARA CADA INTEGRANTE DE LA COLECTIVIDAD O REGLA PARA DETERMINARLA

DEDUCIBLE:

COASEGURO:

TIPO DE EXPERIENCIA SOLICITADA: ☐ GLOBAL ☐ PROPIA ☐ CON PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

PLAN CONTRATADO: ☐ AMPLIO ☐ LIMITADO

OPCIÓN (SÓLO PLAN LIMITADO)

☐ A ☐ AA ☐ AAA

### COBERTURAS ADICIONALES:

SUMA ASEGURADA

☐ GASTOS FUNERARIOS

☐ EMERGENCIA INTERNACIONAL \*

☐ COBERTURA INTERNACIONAL \*

\* SÓLO DEBE DE MARCARSE UNA DE LAS DOS COBERTURAS.

### DATOS PERSONALES DEL (LOS) SOLICITANTE (S)

NOMBRE DEL (LOS) SOLICITANTE(S)	SOLICITANTE TITULAR Y PARENTESCO CON ÉL	SEXO M - F	FECHA DE NACIMIENTO		
			DÍA	MES	AÑO
SOLICITANTE PRINCIPAL:					
DEPENDIENTE(S):					
1					
2					
3					
4					

OCUPACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:

PORCENTAJE DE CONTRIBUCIÓN AL PAGO DE LAS PRIMAS:

FECHA SOLICITADA DE INICIO DE VIGENCIA:

"SE PREVIENE AL SOLICITANTE QUE CONFORME A LOS ARTÍCULOS 8° Y 47° DE 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 MISMA, EN LA INTELIGENCIA QUE LA OMISIÓN, FALSEDAD O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE ALGÚN HECHO PODRÍA ORIGINAR LA PÉRDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO O SU(S) BENEFICIARIO(S) EN SU CASO, AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO".

### CUESTIONARIO MÉDICO

**SÓLO DEBE LLENARSE ESTE CUESTIONARIO CUANDO: 1) LA SOLICITUD DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA SEA VOLUNTARIA, 2) CUANDO LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO SEA OBLIGATORIA Y SE REQUISITE EL CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE 30 DÍAS DE HABER SIDO CONTRATADOS COMO TRABAJADORES DEL CONTRATANTE, Y/O 3) CUANDO LA SUMA ASEGURADA SOLICITADA SEA MAYOR A LA DE LA GENERALIDAD DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.**

**NOTAS:**

- 1) EN NECESARIO QUE CONTESTE CON UNA X EN FORMA COMPLETA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO, EN CASO CONTRARIO NO SERÁ ACEPTADO ESTE CONSENTIMIENTO,
- 2) EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA SEA POSITIVA, FAVOR DE AMPLIAR LA INFORMACIÓN EN EL ESPACIO DENOMINADO "DETALLES".
- 3) LAS RESPUESTAS DE ESTE CUESTIONARIO ASÍ COMO LOS "DETALLES" SERÁN REVISADOS POR EL ÁREA DE SELECCIÓN MÉDICA PARA SU POSIBLE ACEPTACIÓN DEL SOLICITANTE A LA COLECTIVIDAD.

	SOLICITANTE D E P E N D I E N T E (S)									
	PRINCIPAL		1		2		3		4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VAN A INCLUIRSE EN LA PRESENTE PÓLIZA:</b>										
1.- ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD, ESTÁ SUJETO A ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO, TIENE PENDIENTE O LE HAN HECHO ALGÚN ESTUDIO, LE HAN PRACTICADO O ESTÁN POR REALIZARLE ALGUNA CIRUGÍA O HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE (TRAUMAS, FRACTURAS, QUEMADURAS, ETC.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿HA CONSUMIDO O HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO POR TABAQUISMO, ALCOHOLISMO O ESTUPEFACIENTES; O PRACTICA ALGÚN DEPORTE PELIGROSO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HA SIDO DIAGNOSTICADO, PADECE, HA PADECIDO O HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:</b>										
3.- CONGÉNITAS O MALFORMACIONES DE NACIMIENTO (SÍNDROME DE DOWN, PALADAR HENDIDO, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- TUMORES, NEOPLASIAS O ALGÚN TIPO DE CÁNCER.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- DEL SISTEMA CIRCULATORIO (HIPERTENSIÓN ARTERIAL, INFARTO AL MIOCARDIO, VÁRICES, ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- DEL SISTEMA ENDÓCRINO (DIABETES MELLITUS, TIROIDES, HIPÓFISIS, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO, INMUNE O INFECCIOSAS (ANEMIA, PÚRPURA, LUPUS, SIDA, TUBERCULOSIS, HEPATITIS, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- DEL SISTEMA NERVIOSO (EPILEPSIA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, HIDROCEFALIA, EMBOLIAS, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- DEL SISTEMA RESPIRATORIO O DIGESTIVO (NEUMONÍA, RINITIS, ASMA, HERNIA HIATAL, ESOFAGITIS, ÚLCERAS, GASTRITIS, COLECISTITIS, DIVERTÍCULOS, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- DEL SISTEMA GENITOURINARIO (CÁLCULOS RENALES, HIPERPLASIA PROSTÁTICA, HERNIA INGUINAL, INSUFICIENCIA RENAL, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR (COLUMNA VERTEBRAL, RODILLA, ARTRITIS, PRÓTESIS, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- DE LOS OJOS: (CATARATA, GLAUCOMA, ALTERACIONES DE LA VISTA, ETC.), DEL OÍDO (VÉRTIGO, OTITIS, HIPOACUSIA, ETC.), DEL OLFATO, GUSTO O TACTO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SÍRVASE CONTESTAR SOLO EN CASO DE QUE LAS PERSONAS QUE VAN A INCLUIRSE EN LA PRESENTE PÓLIZA PERTENEZCAN AL SEXO FEMENINO. PADECE, HA PADECIDO O HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO POR:</b>										
13.- ENFERMEDADES DE LOS SENOS, MATRIZ, OVARIO O CÉRVIX (MIOMAS, DISPLASIA CERVICAL, PAILOMA, QUISTES OVÁRICOS, INFERTILIDAD, ETC.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- ¿ACTUALMENTE ESTÁ EMBARAZADA O HA TENIDO COMPLICACIONES EN SUS EMBARAZOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DETALLES

EN CASO DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, SIRVASE INDICAR EL NOMBRE DE LA PERSONA DE QUE SE TRATA Y DAR AMPLIOS DETALLES, HACIENDO REFERENCIA A LA PREGUNTA. EJEMPLO: FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD, EVOLUCIÓN, TRATAMIENTO, ESTADO ACTUAL Y NOMBRE DE LOS MÉDICOS TRATANTES, ETC.

MANIFIESTO QUE LA ELECCIÓN DEL TIPO DE SEGURO Y PLAN CONTRATADO SE HA REALIZADO TOMANDO EN CUENTA MIS (NUESTRAS) NECESIDADES Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA, POR LO QUE CUANDO DECIDA(MOS) SOLICITAR Y CONTRATAR LOS SERVICIOS DE ALGÚN COLABORADOR DE LA RED MÉDICA O DE ALGÚN OTRO PRESTADOR DE SERVICIOS, LO HARÉ(MOS) CONSIDERANDO MI (NUESTRA) LIBERTAD DE ELEGIR Y CONTRATAR A CUALQUIER PERSONA DE MI (NUESTRA) CONFIANZA QUE ME (NOS) PROPORCIONE LOS SERVICIOS QUE CUBRE ESTA PÓLIZA, EN RAZÓN DE LO ANTERIOR LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE DICHO COLABORADOR O PRESTADOR DE SERVICIO QUE DECIDA(MOS) CONTRATAR ME (NOS) OCASIONE, POR LO QUE ES CLARO QUE ÉSTOS RESPONDERÁN DIRECTAMENTE FRENTE ANTE MI (NOSOTROS) DE CUALQUIER DAÑO Y/O PERJUICIO QUE ME (NOS) INFIERAN.

AUTORIZO(AMOS) A LA COMPAÑÍA PARA QUE, EN CUALQUIER TIEMPO, SOLICITE Y OBTENGA DE LOS MÉDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS QUE ME (NOS) HAYA(N) ATENDIDO O QUE NO(S) ATIENDAN EN LO SUCESIVO, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE MIS (NUESTRAS) ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES ANTERIORES Y/O ACTUALES.

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

EL PRESENTE CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEBERÁ SER CONSERVADO POR EL CONTRATANTE, Y DEJA SIN EFECTOS CUALQUIER CERTIFICADO INDIVIDUAL EMITIDO CON ANTERIORIDAD.