

## SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como las conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

Favor de requisitar esta solicitud con tinta y letra de molde.

Datos Generales del Contratante										
Apellido paterno, Materno y Nombre(s)			R.F.C.	Teléfono Casa	Teléfono Celular					
Domicilio (Calle y número)			Colonia							
Población y Estado			C.P.	Correo Electrónico						
Asegurado Titular**en caso de ser distinto del Contratante (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))										
Apellido paterno, Materno y Nombre(s)			R.F.C.	Teléfono Casa	Teléfono Celular					
Domicilio (Calle y número)			Colonia							
Población y Estado			C.P.	Correo Electrónico						
Datos complementarios del Asegurado Titular										
Fecha nacimiento			Sexo		Estado Civil		Estatura	Peso		
dd	mm	aaaa	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>				
Ocupación			¿En que consiste?		Relación con el contratante					
Datos de los asegurados dependientes del Titular										
No. Sol.	Nombre del Asegurado/Solicitante		Parentesco con el titular	Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa	Sexo	Ocupación	Estatura	Peso		
					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
2					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
3					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
4					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
5					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
Características del Seguro Solicitado										
Coberturas				Beneficios Adicionales				Suma asegurada (en miles de pesos)		
Suma asegurada (millones de pesos)		5 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental					
Deducible (mínimo \$5,000.00 M.N.)				<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios		20 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	40 <input type="checkbox"/>	50 <input type="checkbox"/>
Coaseguro				<input type="checkbox"/> Escudo E.G.		100 <input type="checkbox"/>	150 <input type="checkbox"/>		200 <input type="checkbox"/>	
Base honorarios quirúrgicos				<input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas		Escala: A <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/>		
Parto normal o cesárea				<input type="checkbox"/> Garantiza 5		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/> Ambulancia Aérea		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Forma de Pago										
Anual <input type="checkbox"/>		Semestral <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/>		Mensual (tarjeta de credito) <input type="checkbox"/>				
Cuestionario General (deberá ser contestado para cada uno de los solicitantes)										
Hábitos										
Solicitante No.	¿Fuma?	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	¿Cuántos años tiene fumando?	¿Consumo bebidas alcoholicas?	Cantidad de copas por semana	¿Usa o ha usado drogas o estimulantes?	Especificar tipo y tiempo de uso			
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Deportes o Aficiones										
Solicitante No.	¿Qué deportes o aficiones practica?		Profesional	No profesional	Indique la frecuencia de la práctica					
					Número de veces	Semanal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>		
					Número de veces	Semanal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>		
					Número de veces	Semanal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>		
					Número de veces	Semanal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>		
					Número de veces	Semanal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>		

<b>Historia Familiar (deberá contestarlo el titular y el cónyuge)</b>	
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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa, detallar lo siguiente:						
Solicitante No.	Enfermedades o afección	No de veces que la ha padecido	Parentesco	Edad cuando ocurrió	Edad actual	Estado actual

<b>Salud</b>									
Padece o ha padecido alguno de los solicitantes									
		Si	No					Si	No
1	¿Alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación?			11	¿Enfermedades del aparato digestivo: estómago, intestino delgado, colon, recto, hígado o páncreas?				
2	¿Diabetes, de la tiroides u otras enfermedades endócrinas?			12	¿Enfermedades de los ojos o de los oídos?				
3	¿Cáncer, leucemia o tumoraciones?			13	¿Lupus, linfoma o esclerosis múltiple?				
4	¿Enfermedades del corazón, hipertensión arterial o de la circulación?			14	¿Lesiones sufridas por accidente y/o pérdida de algún miembro?				
5	¿Obesidad, sobrepeso o bajo peso? ¿By Pass gástrico?			15	¿Alguna otra enfermedad, afección, o lesión distinta a las mencionadas?				
6	¿S.I.D.A., hepatitis u otra enfermedad transmisible?			16	¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendientes pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros?				
7	¿Enfermedades de los huesos, o articulaciones como artritis reumatoide, o de la columna vertebral?			17	¿Le han practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa?				
8	¿Enfermedades del sistema genitourinario (riñón, vejiga, próstata, testículos, etc.)?			18	<b>SOLO MUJERES:</b> ¿Está embarazada? Meses de embarazo				
9	¿Enfermedades del cerebro o de otra parte del sistema nervioso?			19	¿Enfermedades de la matriz, incluyendo virus del papiloma, de los ovarios o de las glándulas mamarias?				
10	¿Enfermedades de las vías respiratorias, bronquios o pulmones?			20	<b>PREEXISTENCIA DECLARADA:</b> ¿Desea considerar algún(os) padecimiento(s) bajo el concepto de preexistencia declarada?				

<b>En caso de respuestas afirmativas, dar detalles.</b>							Lo ha padecido en los últimos dos años? (Conteste solo si desea Preexistencia Declarada)
Pregunta No.	Solicitante No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios?	Tratamiento e intervenciones quirúrgicas			Fecha de ocurrido	Estado Actual

**Beneficiarios (Solo en caso de contratar Muerte Accidental y/o Gastos Funerarios)**  
 El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

**ADVERTENCIA:** En caso de que se 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 debe 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 los 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 una 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.

Nombre completo (apellido paterno, materno, nombre(s))	Parentesco (para efectos de identificación)	% de suma asegurada (debe sumar 100%)

Convengo que la falsedad de cualquiera de los datos asentados en la presente solicitud o en los cuestionarios, facultará a la Aseguradora para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro.

<b>Observaciones</b>

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Compañía de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

Lugar y fecha de la solicitud	Nombre, clave y firma del agente (aspectos internos de la Compañía)	Firma del titular o contratante

Seguros SURA, S.A. de C.V. Blvd. Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060; Ciudad de México. Teléfono de atención: 01800 723 7900.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 27 de mayo de 2013, con el número CNSF-S0010-0205-2013.

Se hace del conocimiento del solicitante que este producto de seguro cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que se detallan en las condiciones generales de la póliza, las cuales, independientemente de que le serán dadas a conocer por la persona que esté intermediando este seguro, podrán ser consultadas en [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx), o bien, en el RECAS.\*

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (UNE) la cual se encuentra ubicada en Boulevard Adolfo López Mateos 2448, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060 en la Ciudad de México, con los teléfonos 57237999 con un horario de atención de lunes a viernes de las 8:30 a 17:30 horas, o visite [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx); o bien comuníquese a CONDUSEF\*\* al teléfono (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)