

Asegurado Titular	Fecha: Día Mes Año	Póliza No.
-------------------	--------------------	------------

Datos de los Solicitantes

No. Solicitante	Nombre Completo (Nombre (s) - Apellido paterno - 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

- | | |
|---|--|
| <p>1. ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon recto, vías biliares, hígado páncreas, bazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Endócrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Transmisibles: hepatitis, S.I.D.A., V.P.H., sífilis o cualquier otra? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿De los ojos o de los oídos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Mujeres (mayores de 16 años)</p> <p>15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Está embarazada y/o ha tenido complicaciones en embarazos anteriores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>17. Número de partos naturales, cesáreas, abortos, fecha de última menstruación, (ampliar información en el siguiente cuadro).</p> <p>Siniestros</p> <p>18. ¿Tienes pendiente alguna reclamación o pago de siniestro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

No. Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas	No. de veces que las ha sufrido	Día / Mes / Año	Estado actual	No. de partos, cesáreas, abortos, fecha última menstruación.	Lo ha padecido en los últimos 2 años (conteste sólo si es alta y desea preexistencia declarada)

Firma y Fecha

Estoy consciente de que los cambios solicitados en mi póliza están sujetos a la aceptación por parte de Seguros ING, 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 Seguros ING, 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.

Nota importante (debe leerlo antes de firmar). 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.

Firma del Asegurado Titular	Lugar y Fecha
-----------------------------	---------------