

LAS ÁREAS SOMBREADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA Y/O EL BANCO.

ESTE CUESTIONARIO DEBE SER LLENADO POR EL SOLICITANTE A MANO, CON LETRA DE MOLDE Y TINTA, EN SU CASO, MARQUE LOS RECUADROS CON "X".

No. DE POLIZA	No. DE CERTIFICADO
TIPO DE CREDITO	SUMA ASEGURADA AUTORIZADA POR EL BANCO

NOMBRE DEL CONTRATANTE Banco Nacional de México, S.A.		NOMBRE DEL TITULAR DEL CREDITO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)			
NOMBRE DEL COACREDITADO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)					
DOMICILIO: CALLE Y NUMERO		POBLACIÓN Y ESTADO		COLONIA	TELEFONO
ESTADO CIVIL		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (DDMMAA)	SUMA ASEGURADA SOLICITADA	ESTATURA MTS. PESO KGS.
¿FUMA? ESPECIFICAR: ☐ NO ☐ SI CLASE: ☐ CIGARRILLO ☐ PURO ☐ PIPA			FRECUENCIA Y CANTIDAD (EN NUMERO) ☐ DIARIO ☐ SEMANAL ☐ MENSUAL		
¿BEBE? ESPECIFICAR: ☐ NO ☐ SI CLASE: TIPO DE BEBIDA _____			FRECUENCIA Y CANTIDAD (No. DE COPAS) ☐ DIARIO ☐ SEMANAL ☐ MENSUAL		
PROFESIÓN U OCUPACIÓN (DETALLAR SUS LABORES):					
¿VUELA USTED EN AVIONES QUE NO PERTENEZCAN A LINEAS COMERCIALES DE AVIACIÓN? ☐ SI ☐ NO			¿MANEJA MOTOCICLETA? ☐ NO ☐ SI ☐ PROFESIONAL ☐ AMATEUR		
¿PRACTICA USTED ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO? ☐ SI ☐ NO					
ESPECIFICAR: ☐ AVIACIÓN NO COMERCIAL ☐ CHARRERIA ☐ CARRERAS DE AUTOS ☐ MOTOCICLISMO ☐ BUCEO ☐ PARACAIDISMO ☐ VUELO DELTA ☐ ALPINISMO ☐ TAUROMAQUIA ☐ ESQUI					
NIVEL: ☐ AMATEUR ☐ PROFESIONAL					

CUESTIONARIO MEDICO

PADECE ACTUALMENTE O HA PADECIDO DE(L)	SI	NO
1. ¿Corazón, circulación o presión arterial alta?	☐	☐
2. ¿Enfisema, asma o alguna otra enfermedad del pulmón (salvo bronquitis aguda)?	☐	☐
3. ¿Hígado, diabetes, riñones o úlcera gástrica o duodenal?	☐	☐
4. ¿Vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales ?	☐	☐
5. ¿Tumores en cualquier parte del cuerpo, SIDA o cáncer ?	☐	☐
6. ¿Ojos (salvo miopía y astigmatismo), oídos (sordera o enfermedad de Meniére), huesos (salvo luxaciones) y articulaciones ?	☐	☐
En caso de respuesta afirmativa a algunas de las preguntas mencionadas arriba, sírvase proporcionar amplia información en el espacio siguiente: 		

(EN CASO NECESARIO ANEXAR OTRA HOJA)

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE QUE REQUISITA EL CUESTIONARIO MÉDICO (Si el solicitante no puede o no sabe firmar, deberá imprimir la huella digital del dedo pulgar de su mano derecha).
---------------	--

MUY IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES; DEBEN LEERLO ANTES DE FIRMAR

La clausula de Omisiones o Inexactas declaraciones solo aplicará a las personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo

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. Finalmente autorizo a los médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, para que den a **Seguros Banamex, S.A. de C.V.**, todos los informes referentes a mi salud, para lo cual relevo a dichos médicos en relación a su secreto profesional de toda responsabilidad por proporcionar dichos informes.

Asimismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud.

Se previene al solicitante que conforme al Art. 8o. 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 no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho, podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

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

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE QUE REQUISITA EL CUESTIONARIO MÉDICO (Si el solicitante no puede o no sabe firmar, deberá imprimir la huella digital del dedo pulgar de su mano derecha).
---------------	--

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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 25 de mayo de 2015, con el número CNSF-S0050-0124-2015 / CONDUSEF-000830-08.