

CUESTIONARIO MEDICO PARA SEGURO DE GRUPO

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 POLIZ	ZA	No. DE CERTIFICADO
TIPO DE	SUMA ASEC	GURADA AUTORIZADA
CREDITO	POR EL BA	NCO

		ULAR DE	L CREDITO (AP	ELLIDO PATERI	NO, MATERN		
Banco Nacional de México, S.A.	NOMBRE)						
NOMBRE DEL COACREDITADO (APELLIDO PAT	ERNO, MATER	NO Y NO	MBRE)				
DOMICILIO: CALLE Y NUMERO POBLACI	ÓN Y ESTADO		COLONIA	TELEFONO	C. POSTA		
ESTADO CIVIL SEXO FECHA DE NACIMIE (DDMMAA)	NTO SUMA AS	SEGURAI	DA SOLICITADA	ESTATURA MTS	PESO KGS		
¿FUMA? ESPECIFICAR:		FRECUE	NCIA Y CANTIDA	AD_			
NO SI CLASE: CIGARRILLO F	PURO PIPA	(EN NUM	ERO) DIARIC	SEMANAL	MENSUA		
¿BEBE? ESPECIFICAR:			NCIA Y CANTIDA				
NO SI CLASE: TIPO DE BEBIDA (No. DE COPAS) DIARIO SEMANAL MENSUAL PROFESIÓN U OCUPACIÓN (DETALLAR SUS LABORES):							
¿VUELA USTED EN AVIONES QUE NO PERTENE	,	¿MANEJ	A MOTOCICLETA	\ ?			
LINEAS COMERCIALES DE AVIACIÓN?	sino		NO SI] PROFESIONAI	AMATEU		
¿PRACTICA USTED ACTIVIDADES Y/O DEPORT ESPECIFICAR:	ES DE ALTO R	IESGO?	SI	□NO			
AVIACIÓN NO CHARRERIA CARREFICION DE AUTO	RAS MOTO	CICLISM		PARACAIDISM			
ALPINISMO TAUROMAQUIA ESQUI	l N	NIVEL:	AMATEUR		PROFESIONA		
CUESTIONARIO MEDICO							
PADECE ACTUAL	MENTE O HA	PADECID	O 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 (sord luxaciones) y articulaciones ?	era o enfermeda	ad de Mei	niére), huesos (sa	lvo			
En caso de respuesta afirmativa a algunas de las pre el espacio siguiente:	eguntas mencio	nadas ar	riba, sírvase propo	orcionar amplia ir	nformación en		
ei espacio siguierne.							
y							
	1=-		(EN CASO NECI				
LUGAR Y FECHA			_ SOLICITANTE (IARIO MÉDICO	JUE KEQUISITA	\ EL		
			ante no puede o r gital del dedo pulg				

CUESTIONARIO MEDICO PARA SEGURO DE GRUPO



MUY IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES; DEBEN LEERLO ANTES DE FIRMAR

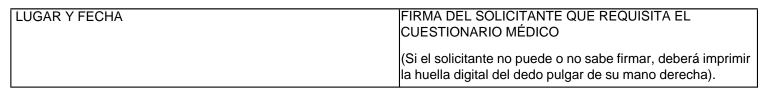
La clausula de Omisiones o Inexactas declaraciones solo aplicará a las personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho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



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.