

CUESTIONARIO MÉDICO PARA SEGURO INDIVIDUAL
Las áreas sombreadas son para uso exclusivo de la Aseguradora

No. de Póliza:

Suma Asegurada:

Asegurado Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno:

1. ¿En los últimos 5 años ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?:

- Insuficiencia Renal Crónica
- Diabetes tipo 1
- Padecimientos del Hígado (Hepatitis tipo C, Insuficiencia hepática, Cirrosis)
- Padecimientos del Corazón (Infarto al miocardio, angina de pecho)
- Tumores malignos o cáncer
- Hemorragias o tumor cerebral
- Enfisema Pulmonar, Bronquitis Crónicas, Enfermedad Pulmonar Crónica
- Obesidad Mórbida

☐ SI ☐ NO

2. ¿Se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente? Es decir que existe una incapacidad irreversible y no se espera que recupere su capacidad laboral por su condición física.
☐ SI ☐ NO

3. Consume drogas que no estén prescritas por un Médico?
☐ SI ☐ NO

4. ¿Su ingreso económico principal está asociado alguna de las siguientes actividades?:

- Manejo de sustancias o materiales radioactivos
- Uso de vehículos motorizados para contiendas de velocidad
- Deportes extremos como: Buceo, Paracaidismo, Charrería, Tauromaquia, Espeleología, Surf, Box, Lucha Libre, Alpinismo
- Minería
- Trabajo relacionado con la utilización o portación de armas de fuego, seguridad o rescate

☐ SI ☐ NO

5. ¿Tiene una cirugía o procedimiento quirúrgico programado dentro de los siguientes 90 días? ☐ SI ☐ NO


NOTA: Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe aclarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la omisión, inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, podrá motivar su rechazo.

Autorizo a las compañías de seguros a las que he solicitado un seguro para que proporcionen la información de su conocimiento a **Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex**, con el fin de fortalecer las medidas para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos en contra de su clientela o de la propia Institución. Así mismo, para los fines antes descritos, autorizo a **Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex** proporcione la información de su conocimiento, a las compañías de seguros a las que en su caso solicite o haya solicitado un seguro. 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.

Lugar y fecha: _____

Firma del Asegurado 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)

Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de septiembre de 2025, con el número **CNSF-S0050-0149-2025/CONDUSEF-006882-01.**

Seguros Banamex S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx., Tel. México: 55 1226 8100, Extranjero: 1 800 226 2639. Lunes a Viernes 8:00 am a 8:00 pm - Sábado de 8:00 am a 4:00 pm.