

CUESTIONARIO DE SALUD, PARA LA POSIBLE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO SEGURO DE VIDA CRÉDITO

Datos generales del Asegurado

Nombre completo: _____
Acreditado _____ Coacreditado _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____
Estatura _____ mts. Peso: _____ kg. Sexo: M _____ F _____
Residente Permanente de México: Sí _____ No _____
Tipo de empleo: Tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Estudiante _____
Desempleado _____
Complete si está empleado:
Puesto de trabajo: _____ Trabajo por cuenta propia: _____
Empleado: _____

Cuestionario sobre la salud del Asegurado

Contestar marcando la opción "SI" o "NO", según corresponda. En caso de contestar "SI" a una o más preguntas, deberá ampliar la respuesta en el espacio que se encuentra al final del cuestionario identificando la respuesta con el número de la pregunta, explicando ampliamente la razón de su respuesta, incluyendo las fechas que correspondan.

	Si	No
1. ¿Consume algún tipo de drogas, psicotrópicos, alucinógenos, estimulantes o anabólicos?		
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades en vías respiratorias o pulmones? (Asma, bronquitis crónica, tuberculosis, cáncer pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica)		
3. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema músculo esquelético? (Osteoporosis, artritis, fatiga o dolor muscular anormal)		
4. ¿Sufre o ha sufrido ataques epilépticos o parálisis en alguna de las extremidades o cara?		
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la Sangre o de tipo Autoinmunes? (Leucemia, Púrpura trombocitopénica, VIH, sida, lupus)		
6. ¿Padece o ha padecido de problemas vasculares? (Trombosis, embolia, aneurisma)		
7. ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas, tiene pendiente alguna a realizarse, de qué tipo?		
8. ¿Tiene o ha tenido alguna anomalía, alteración o defecto visual o auditivo? (Excepto miopía y astigmatismo)		

9. ¿Por su ocupación está expuesto a factores de riesgo? _____
(Sustancias químicas, material tóxico o radioactivo, uso de armas de fuego y explosivos, riesgo por altura y presión o factores de riesgo)



Seguros en evolución.

En caso de contestar afirmativamente a cualquiera de las preguntas, explique ampliamente identificando la respuesta con el número de la pregunta: (indique el nombre de la institución de salud y del médico tratante y sus datos de contacto)

Declaración de Ocupación y Pasatiempos

A. Datos de su empleo

Enumere cualesquiera que sean los aspectos de su trabajo que se puedan considerar de riesgo o peligrosos para su vida o bienestar:

B. Información sobre Pasatiempos / Hobbies / Actividades de Ocio

	Si	No
1. ¿Participa usted en actividades de aviación como piloto o co-piloto en cualquier forma de aviación privada?		
2. ¿Participa usted en cualquier tipo de deportes extremos (por ejemplo: escalar montañas, buceo, deportes motorizados, parapente, ala delta, lucha, boxeo, equitación, paracaidismo)?		
3. ¿Participa usted como pasajero en cualquier forma de aviación privada?		
4. ¿Participa usted en cualquier deporte profesional o cualquier deporte de contacto (profesional o amateur)?		
5. ¿Participa usted en actividades que se puedan considerar de riesgo o peligro para su vida o bienestar?		

En caso de contestar afirmativamente a cualquiera de las preguntas, explique ampliamente identificando la respuesta con el número de la pregunta:

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere éste cuestionario tal como los conozca o debe conocer en el momento de firmarlo en la inteligencia de que la inexacta, falsa o no declaración, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficio en su caso.

Firma del solicitante _____



Fecha _____

Cardif

Seguros en evolución.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., informa a la persona que requisiere esta solicitud, que toda la información que se solicita en la misma, será utilizada únicamente para efectos de analizar la posible aceptación de la propuesta de seguro y su contratación.

El Contratante autoriza a Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., o a cualquier persona que ésta designe, y dentro de los límites previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, para que tenga libre acceso a la información que de conformidad con la normatividad aplicable requiera del Contratante, por virtud de la cual se pretenda afectar la póliza de seguro.

Se puede acceder a las políticas de privacidad de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. en el sitio de internet [http:// www.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)

“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 ____ de _____ de ____, con el número _____/RECAS ”



Seguros en evolución.