

<b>Contratante.</b> (Nombre completo o razón social; sólo llenar si es diferente al solicitante) (Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s) o Razón social)	No. de Solicitud	Folio	
--	------------------	-------	--

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

**Domicilio Fiscal:** Calle y No. \_\_\_\_\_ Col. \_\_\_\_\_

C. P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Solicitante** (Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s) ) \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ **Sexo:** Masculino  Femenino   
**Edo. Civil:** Soltero  Casado   
Viudo  Divorciado  Unión Libre

**Domicilio Solicitante:** Calle y No. \_\_\_\_\_ Col. \_\_\_\_\_

C. P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Productos de Seguros Comercial América, S.A. de C.V.**

<b>Línea Tradicional y Plus</b> Básico <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Suma Asegurada: \$ _____ Superior <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Deducible (a partir de \$2,500): \$ _____ Magno <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Coaseguro: _____ %	<b>Elite Internacional</b> Suma Asegurada: <b>USD 1,000,000</b> Deducible: _____ Coaseguro: <b>10%</b> Con Ampliación de Cobertura: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Titanium Health</b> Suma Asegurada: <b>USD 1,000,000</b> Deducible: _____ Coaseguro: <b>10%</b>
---	--	---

<b>ING Multiprotección Médica</b> Básico <input type="checkbox"/> Suma Asegurada: <b>Sin Límite</b> Superior <input type="checkbox"/> Deducible (a partir de \$2,500): \$ _____ Magno <input type="checkbox"/> \$ _____ Coaseguro: <b>10%</b>	<input type="checkbox"/> <b>Elite Internacional</b> Suma Asegurada: <b>USD 1,000,000</b> Deducible: \$ _____ Coaseguro: <b>10%</b>	<input type="checkbox"/> <b>Titanium Health</b> Suma Asegurada: <b>USD 1,000,000</b> Deducible: \$ _____ Coaseguro: <b>10%</b>
---	---	---

<b>ING Protección Dorada</b> Básico <input type="checkbox"/> Suma Asegurada: <b>Sin Límite</b> Superior <input type="checkbox"/> Deducible (a partir de \$25,000): \$ _____ Magno <input type="checkbox"/> \$ _____ Coaseguro: <b>10%</b>
---

**Frecuencia de pago de primas:** Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

<b>Beneficios Adicionales</b>	<b>Cobertura Médica en el Extranjero (CAME)</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Paquete de Beneficios Adicionales</b> <input type="checkbox"/> <b>Extensión de Cobertura</b> <input type="checkbox"/> _____ % Inc. Tabla de Proc. Terapéuticos	<b>Cobertura Dinero en Efectivo</b> Renta: \$ 500.00 <input type="checkbox"/> \$ 1000.00 <input type="checkbox"/> \$ 1500.00 <input type="checkbox"/> Otro \$ _____	<b>Asegurados:</b> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y Dependientes <input type="checkbox"/>
	<b>Descuento por Accidente (DPA)</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Cobertura Adicional de Vida en Vida</b> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y Dependientes <input type="checkbox"/> Suma Asegurada: \$ _____	<b>Programa Cliente Especial</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Suma Asegurada para Enfermedades Catastróficas: <b>USD 1,000,000</b>	

**Productos de Salud Comercial América, S.A. de C.V.**

<b>ING Multiprotección Médica</b> Básico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Magno <input type="checkbox"/> Elite Internacional <input type="checkbox"/> Titanium Health <input type="checkbox"/>	<b>ING Protección Dorada</b> Básico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Magno <input type="checkbox"/>
---	--

Solicitante	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el titular	Ocupación
	M	F	Año	Mes	Día		
Cónyuge							
Hijo 1°							
Hijo 2°							
Hijo 3°							
Hijo 4°							
Hijo 5°							

**Beneficiarios Designados. Advertencia:** En caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En los beneficios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto en contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s))	Parentesco (Para efectos de identificación)	%

**Datos del Agente.** (Aspectos internos de la Compañía)

No. agente	No. promotor	Nombre del agente	Participación	C. de Utilidad	Promotoría

El titular deberá llenar esta solicitud escribiendo con letra de molde y tinta azul o negra. No debe omitir ningún dato.

**Información común sobre ocupación, para cualquier programa.**

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_ Giro \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Detalle de la ocupación \_\_\_\_\_

Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_

**Cuestionario General y Hábitos**

Solicitante	Estatura	Peso	¿Fuma?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y Cantidad	¿Hace uso de bebidas alcohólicas?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y Cantidad	¿Hace uso de marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, etc.?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y Cantidad
Titular											
Cónyuge											
Hijo 1°											
Hijo 2°											
Hijo 3°											
Hijo 4°											
Hijo 5°											

**Cuestionario Médico.** Sírvase indicar si usted o algún miembro de la familia solicitante:

1. ¿Ha padecido o padece de insuficiencia renal, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, SIDA, epilepsia, cáncer, afección reumática, esquizofrenia o trastornos mentales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	9. ¿Tiene o ha tenido problemas en el sistema respiratorio (vías respiratorias, bronquios, pulmones, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Estuvo o está o tiene pendiente algún tratamiento médico, intervención quirúrgica u hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	10. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso o locomotor o cuadros de ansiedad, depresión o alguna enfermedad mental?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Padece o ha padecido de molestias de corazón o problemas del sistema circulatorio o enfermedades sanguíneas (anemia, presión arterial, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	11. ¿Tiene o ha padecido de tumores en alguna parte del cuerpo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Padece o ha padecido algún problema óseo o de articulaciones, reumatismo o alguna deformidad o la pérdida de algún miembro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	12. ¿Ha padecido o padece enfermedad vascular cerebral (embolia, trombosis, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene o ha tenido pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	13. ¿Ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, de transmisión sexual, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene alguna anomalía auditiva o de la vista?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	14. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, afección o lesión diferente a las señaladas anteriormente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene o ha tenido enfermedades del aparato digestivo (intestinos, hígado, vesícula biliar, colon, páncreas, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<b>Sólo mujeres</b>		
8. ¿Tiene o ha tenido padecimientos del sistema genito-urinario (riñón, vejiga, próstata, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	15. ¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las mamas o menstrúa anormalmente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			16. ¿Se le ha practicado operación cesárea o actualmente está Ud. embarazada?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa del cuestionario médico, dar información

Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgica	No. de veces que las ha sufrido	Fecha	Estado actual

**Historia Familiar.** (Deberá contestarlo el titular y el cónyuge)

Han padecido sus padres o hermanos... ¿Insuficiencia renal, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, cáncer, afección coronaria, afección congénita, afección reumática, demencia, esquizofrenia o trastorno mental? Sí  No

En caso de respuesta afirmativa, detallar lo siguiente:

Solicitante	Enfermedades o afección	No. de veces que la ha padecido	Parentesco	Edad cuando ocurrió	Edad actual	Estado actual

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

¿Desea ampliar información en relación a las preguntas anteriores? Sí  No  En caso de contestar afirmativamente, anexar informe médico.

**Preexistencia declarada (sólo se valorarán los padecimientos preexistentes declarados en esta tabla)**

Solicitante	¿Qué enfermedades graves ha padecido?	Fecha del primer síntoma	¿Qué tipo de tratamiento recibió?	¿Lo ha padecido en los últimos dos años?

Cuestionario de Maternidad	Asegurada 1	Asegurada 2	Asegurada 3
1. ¿Está embarazada actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____
3. ¿Ha tenido abortos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____
4. ¿Cuántos partos naturales ha tenido?	_____ Partos naturales	_____ Partos naturales	_____ Partos naturales
5. ¿Cuántas cesáreas ha tenido?	_____ Cesáreas	_____ Cesáreas	_____ Cesáreas
6. ¿Alguno de sus partos anteriores ha sido prematuro? ¿De cuántos meses?:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ _____ Meses	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ _____ Meses	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ _____ Meses
7. ¿Ha tenido complicaciones en sus embarazos o partos anteriores?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
8. Nombre de su ginecólogo:	Teléfono: _____	Teléfono: _____	Teléfono: _____

**Nota Importante:** (Debe leerlo antes de firmar) Se previene al solicitante que conforme a 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 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 en su caso.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones de médicos que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a Seguros Comercial América, S.A. de C.V. todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud.

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 y convengo asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebre dicho contrato.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá Seguros Comercial América S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante  
(y de su representante legal si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante  
(sólo si es diferente al solicitante)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

**Nota Importante:** (Debe leerlo antes de firmar) Se previene al solicitante que conforme a 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 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 en su caso.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones de médicos que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a Salud Comercial América, S.A. de C.V. todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud.

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 y convengo asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de salud solicitado y constituyen la base sobre la que se celebre dicho contrato.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá Salud Comercial América S.A. de C.V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

**"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de salud, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud"**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante  
(y de su representante legal si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante  
(sólo si es diferente al solicitante)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

**Datos complementarios del Agente.**

Nombre del completo	Clave	Lugar y Fecha	Firma
---------------------	-------	---------------	-------

**Dictamen** Para uso exclusivo de Seguros Comercial América, S.A. de C.V. y Salud Comercial América, S.A. de C.V.

Subnormalidad _____	Fumador _____	Tipo de reaseguro _____
Coberturas _____	Suma asegurada _____	Médica _____
		Factor Plazo _____
		Ocupacional _____
		Factor Plazo _____
Validez del examen _____		Fecha de emisión: _____