

Las preguntas debe formularlas el médico examinador, anotando las respuestas con tinta negra y de su puño y letra de molde. Este examen será practicado de preferencia en el consultorio médico, siempre en privado; es de carácter estrictamente confidencial, por lo que el médico examinador no debe exteriorizar ninguna opinión personal al examinado ni al agente de seguros, debe ser remitido directamente a la compañía junto con la muestra de orina que se recoja o el resultado de la misma en caso de instrucciones en este sentido por parte de la compañía.

I. Datos generales				
Nombre del solicitante				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		
R.F.C. (con homoclave)	CURP		Fecha de nacimiento	
			día	mes
			año	
Ocupación actual			Lugar de residencia en los últimos cinco años	
Antecedentes patológicos familiares				
¿Ha habido en su familia casos de? Si es afirmativo marque con una cruz				
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Mentales		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> Suicidio		
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedades cerebrovasculares	<input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____		
Antecedentes patológicos familiares				
Parentesco	Edad o	Estado de salud	Edad a su muerte o	Causa de muerte
a) Padre	Edad		Edad	
a) Madre	Edad		Edad	
a) Hermanos	No. de vivos		No. de muertos	
a) Cónyuge	Edad		Edad	
a) Hijos	No. de vivos		No. de muertos	
Hábitos de tabaco				
a) ¿Fuma actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso de ser negativo. ¿Fumaba anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b) ¿En qué año empezó a fumar? _____				
c) Número de cigarrillos diarios que fuma o fumaba _____				
d) ¿En qué año dejó de fumar? _____				
e) ¿Por qué razón? _____				

Hábitos de alcohol	
a) ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Desde cuándo? _____	
b) Clase _____	
c) Frecuencia: <input type="checkbox"/> diaria <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Otros _____	
d) Cantidad (de preferencia en ml.) _____	
e) ¿Llega al estado de embriaguez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
f) ¿Ha tenido accidentes de tránsito o trabajo por causa de la ingesta de alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
g) Si dejó de beber señale la fecha y la causa _____	
h) ¿Cuánto bebía antes (clase, frecuencia y cantidad)? _____	
i) ¿Ha recibido tratamiento con relación a sus hábitos de consumo de alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
j) ¿Pertenece o ha pertenecido a asociaciones como alcohólicos anónimos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hábitos de drogas	
a) ¿Alguna vez ha usado marihuana, heroína, LSD, cocaína barbitúricos, anfetaminas o cualquier otro tipo de drogas psicoactivas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
b) En caso afirmativo; señalar fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión _____	
c) ¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de drogas psicoactivas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d) ¿Pertenece o ha pertenecido a instituciones para su rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hábitos alimenticios y deportes	
a) ¿Ha variado su peso durante el último año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Kgs. aumentados _____ Kgs. disminuidos _____ Causa: _____	
b) ¿Realiza regularmente alguna actividad física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) Tipo de ejercicio _____	
d) Días y tiempo a la semana _____	
Antecedentes personales y padecimiento actual	
a) ¿Padece actualmente alguna enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
b) En los últimos 24 meses, ¿ha consultado con algún médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) ¿Está usted sujeto a cualquier tratamiento médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d) ¿Ha recibido transfusiones de sangre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

- e) ¿Ha consultado por alguna enfermedad infecciosa por transmisión sexual? Sí No
- f) ¿Le han dicho que tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? Sí No
Complejo relacionado al SIDA (CRS) o síntomas relacionados con el SIDA Sí No
- g) ¿Ha recibido tratamiento en relación con cualquiera de las categorías anteriores? Sí No

En caso de alguna respuesta afirmativa favor de dar información detallada sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorios y gabinetes, diagnóstico, tratamiento, evolución y secuelas.

Padece o ha padecido de

- a) ¿Algún soplo en el corazón? Sí No
- b) ¿Dolor en el pecho o en el tórax? Sí No
- c) ¿Infarto en el corazón? Sí No
- e) ¿Alguna otra enfermedad del corazón? Sí No
- f) ¿Presión arterial alta? Sí No
- g) ¿Bronquitis crónica? Sí No
- h) ¿Asma? Sí No
- i) ¿Tuberculosis? Sí No
- j) ¿Cáncer? Sí No
- k) ¿Úlcera del duodeno? Sí No
- l) ¿Úlcera del estómago? Sí No
- m) ¿Enfermedad del hígado? Sí No
- n) ¿Enfermedades de la vesícula biliar? Sí No
- o) ¿Enfermedades del intestino, colón o recto? Sí No
- p) ¿Enfermedades de los riñones? Sí No
- q) ¿Enfermedades de la vejiga? Sí No
- r) ¿Diabetes? Sí No
- s) ¿Algún tumor? Sí No
- t) ¿Parálisis? Sí No
- u) ¿Pérdida del conocimiento o convulsiones? Sí No
- v) ¿Astenia, adinamia y anorexia? Sí No
- w) ¿Cuadros diarreicos frecuentes? Sí No
- x) ¿Hipertrofia ganglionar? Sí No
- y) ¿Diaforésis nocturna? Sí No
- z) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones? Sí No

- aa) ¿Trastornos nerviosos o mentales? Sí No
- ab) ¿Alguna otra enfermedad? Sí No
- ac) ¿Alguna intervención quirúrgica? Sí No

Alguna vez le han practicado

- a) ¿Electrocardiogramas? Sí No
- b) ¿Análisis o pruebas de laboratorio? Sí No
- c) ¿Radiografías? Sí No
- d) ¿Alguna prueba de laboratorios para detectar SIDA? Sí No
- e) ¿Alguna vez ha estado hospitalizado? Sí No

Sitio y fecha _____

En caso de alguna respuesta afirmativa, dar información detallada: _____

En caso de ser mujer, padece o ha padecido de

- a) ¿Enfermedades de las glándulas mamarias? Sí No
- b) ¿Enfermedades de los ovarios? Sí No
- c) ¿Enfermedades del útero? Sí No
- d) ¿Está embarazada? Sí No

En caso afirmativo: semanas de gestación _____ Fecha de la última regla _____

e) Antecedentes gineco-obstétricos: Gesta Para Abortos Cesárea

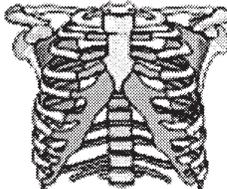
f) ¿Se le ha practicado alguna mastografía? Sí No

Motivos y resultados:

g) ¿Se le ha practicado algún papanicolaou? Sí No Fecha _____

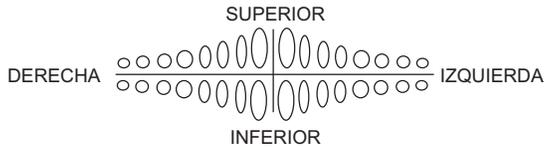
Resultado _____

En presencia de soplo cardíaco describa

	Foco	Foco		Foco	Foco
Constante	()	()	Después del ejercicio:	()	()
Inconstante	()	()	Se incrementa	()	()
Transmitido	()	()	Desaparece	()	()
Localizado	()	()	No cambia	()	()
Sistólico	()	()	Disminuye	()	()
Presistólico	()	()			
Diastólico	()	()	Señalar:		
Suave (grado 1-2)	()	()	Latido apical	○	
Moderado (grado 3-4)	()	()	Región del soplo	□	
Fuerte (grado 5-6)	()	()	Punto de mayor intensidad	X	
			Transmisión	↗	

Su impresión diagnóstica

Odontograma

	Ausencia: _____ Prótesis: _____ Amalgama: _____
--	---

Nombre y teléfono del odontólogo

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar información detallada:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Alguna anomalía en su aspecto? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Existe disnea? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Existe alguna deformidad? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Falta algún miembro o parte de él? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Hay parálisis o paresias? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Hay movimientos anormales? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿La marcha es normal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Se aprecia algún trastorno psíquico? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Existe cualquier anomalía? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| a) ¿En el estado anatómico de los ojos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b) ¿En la visión de cada ojo? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| c) ¿En la audición de cada oído? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| d) ¿En la cavidad bucal y la faringe? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| e) ¿En el cuello (ganglios, tiroides, turgencia, yugular, arterias)? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

- f) ¿En el tórax (Inspección, auscultación)? Sí No
- g) ¿En la columna vertebral (deformidad, dolor, limitación funcional)? Sí No
- h) ¿En el abdomen (inspección, palpación, dolor, visceromegalias, ascitis, aorta)? Sí No
- i) ¿En las extremidades (várices, úlceras, edema, articulaciones, arterias, reflejos)? Sí No
- 10) ¿Existe algún dato en el aliento, dientes, dedos del solicitante que señale que fume? Sí No
- 11) ¿Conoce en el examinado algún factor en sus hábitos, antecedentes, etc., que pueda influir negativamente en el riesgo? Sí No
- 12) Considera el estado de salud del Solicitante como:
- | | | |
|--------|--------|---------|
| Normal | Dudoso | Anormal |
|--------|--------|---------|
- 13) ¿Recogió personalmente la muestra de orina? Sí No

Datos Adicionales

Médico que acostumbra consultar

Nombre

Domicilio

Teléfono (con lada)

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

Se previene al solicitante que conforme a la Ley del Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

También autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, así como a las compañías aseguradoras que me hayan realizado algún examen o estudios de laboratorio, para que proporcionen a la compañía todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores en virtud de que he solicitado seguro a dicha compañía.

Para efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud del seguro, en el caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la compañía lo considere oportuno.

Fecha en (ciudad y estado)	día	mes	año	hora

Por este conducto declaramos y aceptamos que todos los datos e informes proporcionados en el presente examen son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Firma del solicitante
(Debe ser hecha a la vista del médico examinador)

Identificación oficial presentada:

IFE Pasaporte Cédula profesional No. de identificación _____

Expedida por		Número		Vigencia	
Clave y nombre del Agente					
Certifico haber examinado al solicitante cuya firma aparece al calce de sus declaraciones					
Fechado en (Ciudad y Estado)			día	mes	año
Practicado en					
<input type="checkbox"/> Mi consultorio <input type="checkbox"/> Su domicilio <input type="checkbox"/> Otro lugar (especificar) _____					
Nombre completo del médico examinador					
Teléfono		Domicilio		Cédula profesional	
<p>Antes de firmar, se le recuerda que según lo establecido en el Art. 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, se impondrá pena de prisión y multa al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculten a la aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro.</p>					
<hr style="width: 30%; margin: auto;"/> Firma del médico					

“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 06 de Abril de 2015, con el número CGEN-S0023-0085-2015.”