

<b>Nombre del Contratante:</b>				
Domicilio:	Colonia:	Población:	Estado:	
C.P.:	Teléfono:	CURP:	RFC:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:

<b>Nombre del Solicitante Titular:</b>				
Domicilio:	Colonia:	Población:	Estado:	
C.P.:	Teléfono:	CURP:	RFC:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:

<b>Opciones de contratación de la Cobertura (Elegir sólo una opción)</b>				
Solicitante Titular ( )		Solicitante Titular y su Cónyuge o Concubina(rio) ( )		
Solicitante Titular, Cónyuge o Concubina(rio) e hijos menores de 26 años ( )		Solicitante Titular e hijos menores de 26 años ( )		

<b>En caso de haber seleccionado la opción con Cónyuge o Cónyuge e hijos, completar la siguiente información:</b>				
	Nombre	RFC	Edad	Sexo
Cónyuge o Concubina(rio):				
Hijo				
Hijo				

<b>Cuestionario médico</b>										
<b>¿Padece o ha padecido?</b>										
	<b>Solicitante Titular</b>		<b>Conyuge o Concubina(rio)</b>		<b>Hijo uno</b>		<b>Hijo dos</b>		<b>Hijo tres</b>	
Cáncer	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Diabetes	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Enfermedades del corazón	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Presión Alta	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Enfermedades de los riñones	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Enfermedades mentales	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Enfermedad hereditaria o congénita	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Enfermedad crónica o incurable	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
<b>¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica para los próximos 6 meses?</b>										
	<b>Solicitante Titular</b>		<b>Cónyuge o Concubina(rio)</b>		<b>Hijo uno</b>		<b>Hijo dos</b>		<b>Hijo tres</b>	
	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Contratante: \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante Titular: \_\_\_\_\_

“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 28 de abril de 2005, con el número CNSF-S0041-0024-2005/CONDUSEF-004951-02”.