

**SOLICITUD DE REHABILITACIÓN PARA PÓLIZAS DE SEGURO FAMILIAR DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

**DATOS DEL CONTRATANTE (Sírvese escribir con letra molde)**

NO. PÓLIZA:	DESDE:		VIGENCIA HASTA:	
NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO:				
DOMICILIO PARTICULAR:	CALLE:	NO.:	COLONIA:	
POBLACIÓN:	ESTADO:	C.P.:	TEL.:	

**ASEGURADOS**

NOMBRE (inclúyase el Titular y señale el parentesco)	ESTADO	FECHA DE NACIMIENTO (AA/MM/DD)	SEXO	ESTADO CIVIL	ESTATURA	PESO
	TITULAR					

**CUESTIONARIO MÉDICO FAMILIAR**

**NOTA IMPORTANTE:** EN ESTE CUESTIONARIO SE DEBERÁN INCLUIR LOS DATOS DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA POR ASEGURARSE, DEBIENDO MARCAR CON UNA "X" EL INCISO QUE CORRESPONDE A SU RESPUESTA. POSTERIORMENTE EN BASE A SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS AMPLIE LOS DATOS EN EL CUADRO SIGUIENTE DE ACUERDO A LOS CONCEPTOS QUE SE LE PIDEN.

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | SÍ                       | NO                       |
| 1. ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA POR ASEGURARSE PADECE O HA PADECIDO DE:                                |                          |                          |
| a. INFARTO AL MIOCARDIO, PRESIÓN ELEVADA, FIEBRE REUMÁTICA, SOPLOS CARDIACOS U OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ASMA, TUBERCULOSIS Y OTRA AFECCIÓN RESPIRATORIA.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ÚLCERA GÁSTRICA O DUODENAL, PADECIMIENTOS DE HIGADO, INTESTINOS, VESÍCULA BILIAR O APENDICE.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. PRÓSTATA, RIÑONES, DIABETES, TIROIDES, EPILEPSIA, DEMENCIA, CANCER, REUMATISMO.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ENFERMEDADES DE OJOS, OÍDOS, NARIZ O GARGANTA.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ACCIDENTES QUE HAYAN AMERITADO ATENCIÓN MÉDICA, HOSPITALIZACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. (PARA MUJERES) ENFERMEDADES DE LOS SENOS, MATRIZ, OVARIOS O EMBARAZO ACTUAL.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿ACTUALMENTE PADECE(N) DE ALGUNA ENFERMEDAD, LESIÓN, AFECCIÓN O DEFORMIDAD FÍSICA?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA(N) CONSULTADO AL MÉDICO?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿LE(S) HA(N) PRACTICADO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ESTÁ PENDIENTE DE REALIZAR?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**DE ACUERDO A SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS CONTINUE EL SIGUIENTE RECUADRO**

AFECTADO Y NO. DE PREGUNTA	DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y FECHA EN QUE SE REALIZÓ	TRATAMIENTO (INDIQUE SI FUE OPERADO)	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	ESTADO ACTUAL

SOLICITO A **SEGUROS BANORTE S.A. DE C.V.** SE SIRVA REHABILITAR MI PÓLIZA PARA LO CUAL HE DECLARADO EN EL CUESTIONARIO ANTERIOR TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO, TAL Y COMO LOS CONOZCO EN ESTE MOMENTO, EN LA INTELIGENCIA DE QUE LA NO DECLARACIÓN, LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN DE UN HECHO IMPORTANTE QUE SE ME PREGUNTE FACULTARA A LA ASEGURADORA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO DE SEGURO. ASI TAMBIÉN QUEDA ENTENDIDO QUE DICHA PÓLIZA SE CONSIDERARA REHABILITADA EN LOS TÉRMINOS DE LA CLÁUSULA DE REHABILITACIÓN DE LA MISMA APARTIR DE LA FECHA DE LA PRIMA O LA PARTE CORRESPONDIENTE SI SE HA PACTADO SU PAGO FRACCIONADO.

FECHA

NO. AGENTE Y FIRMA

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR