



Fecha

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o razón social

RFC	CURP (personas físicas)	Forma de pago
-----	-------------------------	---------------

Relación con el solicitante

Domicilio

No. Exterior e interior

Código postal

Colonia

Delegación

Ciudad

Estado

Teléfono domicilio

E-mail

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar

Domicilio de correspondencia

Entre qué calles

Colonia

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono oficina

Horario de entrega

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

Parentesco	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha nacimiento (dd/mm/aa)	Estado civil	Género (M/F)	Ciudad donde reside	Peso (Kg)	Estatura (Mts)
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									
Hijo 4									

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada una de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el parentesco de la tabla anterior

Hábitos Personales	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. ¿Consume bebidas alcohólicas (No. de copas y frecuencia)?							
2. ¿Fuma o ha fumado (No. de cigarros al día)?							
3. ¿Visita al Odontólogo por lo menos una vez al año?							
4. ¿Practica algún deporte (deporte y frecuencia)?							
Estado de salud							
5. ¿Padece o ha padecido de problemas neurológicos como epilepsia o migraña entre otros?							
6. ¿Padece diabetes?							
7. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardíacas o presión arterial alta?							
8. ¿Padece o ha padecido de problemas ginecológicos como fibrosis o miomas entre otros?							
9. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del hígado como hepatitis B/C o cirrosis entre otras?							
10. ¿Padece o ha padecido de la columna vertebral como escoliosis o hernias discales entre otros?							
11. ¿Padece o ha padecido del riñón y/o del sistema urinario como cálculos entre otros?							
12. ¿Padece o ha padecido de enfermedades pulmonares como asma, bronquitis o neumonía entre otras?							
13. ¿Padece o ha padecido de problemas gástricos como colitis, gastritis o úlcera gástrica entre otros?							



Estado de Salud	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
14. ¿Padece o ha padecido de deformaciones en las articulaciones o artritis?							
15. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?							
16. ¿Padece o ha padecido de niveles altos de colesterol triglicéridos o lípidos?							
17. ¿Tiene o ha tenido algún tipo de tumor maligno o cáncer?							
18. ¿Padece alguna enfermedad o padecimiento diferente a los mencionados anteriormente (hospitalizaciones u otros padecimientos previos o cirugías pendientes)?							
19. ¿Usa o necesita lentes de graduación?							

III. EXCLUSIVO PARA MUJERES			
Parentesco	¿Está actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

IV. OTROS SEGUROS				
Parentesco	Tipo de Seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia

DECLARACION DEL ASEGURADO

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento y que su vez Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V., proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud

_____ , a _____ de _____ de _____

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular
(En caso de que sea distinto al Contratante)

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CNSF-H0702-0062-2009 de fecha 21 de agosto de 2009.



SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA EL PRODUCTO BÁSICO

Tipo de gasto reclamado: Preventivo Correctivo (accidente o enfermedad)

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre		
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Fecha de alta en esta póliza		
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
Ocupación		Ciudad y Estado		Teléfono		
¿Tiene o ha tenido alguna cobertura de gastos médicos o programa de Salud con otra compañía?					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, por favor indique con que compañía				No. de Póliza		

DATOS DEL EVENTO

Encaso de que el gasto sea correctivo (accidente o enfermedad)			Fecha de inicio			
			DÍA	MES	AÑO	
¿Cuál fue el accidente o enfermedad?						
¿Se realizaron estudios de laboratorio o gabinete?					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, favor de anexar los resultados y especificar cuáles son						

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO HAN ATENDIDO

Nombre del Médico Tratante		Cédula profesional	
Teléfono consultorio	Especialidad	Cédula especialidad	

DETALLE DE GASTOS RECLAMADOS

Consulta			
No. de recibo	Cantidad	No. de recibo	Cantidad
No. de recibo	Cantidad	No. de recibo	Cantidad
Estudio de Laboratorio			
No. de factura	Cantidad	No. de factura	Cantidad
No. de factura	Cantidad	No. de factura	Cantidad
Lugar y fecha			

Nombre y Firma del Titular



INFORME MÉDICO (Debe ser llenado por el médico tratante)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	No. de Póliza
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Causa de reclamación <input type="checkbox"/> Preventivo <input type="checkbox"/> Correctivo (accidente o enfermedad)	Solicitud de exámenes preventivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Antecedentes personales patológicos			

PADECIMIENTO ACTUAL (En caso de accidente o enfermedad)	
Principales signos y síntomas	Fecha de inicio DÍA MES AÑO
Estudios que se recomienda practicar	Fecha de inicio DÍA MES AÑO
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuál?	
Resultado de exploración física y de los estudios realizados	
Estudios que se recomienda practicar	Fecha de inicio DÍA MES AÑO
Observaciones generales	

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Teléfono
Especialidad	R.F.C.	Celular	
Cédula de especialidad o certificación	E-mail		
No. de proveedor			

Nota: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que he realizado solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante

