

## CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE GRUPO O COLECTIVO

|            |                    |   |
|------------|--------------------|---|
| PÓLIZA No. | No. DE CERTIFICADO | 1 |
|------------|--------------------|---|

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA FORMAR PARTE DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE GRUPO O COLECTIVO, SOLICITADO A SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. POR LA AGRUPACIÓN A LA QUE PERTENEZCO, CONSTITUÍDA CON EL PERSONAL EN SERVICIO ACTIVO DE:

NOMBRE DEL CONTRATANTE O RAZÓN SOCIAL

(1) NOMBRE DEL SOLICITANTE

|                              |  |                                       |             |                          |  |
|------------------------------|--|---------------------------------------|-------------|--------------------------|--|
| APELLIDO PATERNO             |  | APELLIDO MATERNO                      |             | NOMBRE (S)               |  |
| DOMICILIO (CALLE Y NO.)      |  | COLONIA                               |             | C.P.                     |  |
| POBLACIÓN                    |  | ESTADO                                |             | TELÉFONO                 |  |
| FECHA DE NACIMIENTO          | SEXO<br>MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> |                                       | PESO<br>KG. | ESTATURA<br>MT.          |  |
| ESTADO CIVIL                 |  | FECHA DE INGRESO EN LA EMPRESA        |             | NO. DE EMPLEADO          |  |
| ANTIGÜEDAD CON PÓLIZA G.M.M. |  | PROFESIÓN Y OCUPACIÓN ACTUAL          |             | LUGAR DONDE LA DESEMPEÑA |  |
| TIPO DE ACTIVIDAD            |  | ¿ TIENE ALGUNA OTRA ACTIVIDAD? ¿CUÁL? |             | LUGAR DÓNDE LA DESEMPEÑA |  |

### DEPENDIENTES POR ASEGURAR

| CLAVE | PARENTESCO | NOMBRE | OCUPACIÓN | ANTIG. CON LA PÓLIZA |     |     | FECHA DE NAC. |     |     | SEXO<br>F o M |
|-------|------------|--------|-----------|----------------------|-----|-----|---------------|-----|-----|---------------|
|       |            |        |           | DÍA                  | MES | AÑO | DÍA           | MES | AÑO |               |
| 2     | CÓNYUGE    |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 3     | HIJO       |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 4     | HIJO       |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 5     | HIJO       |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 6     | HIJO       |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 7     | HIJO       |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 8     | HIJO       |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 9     |            |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |
| 10    |            |        |           |                      |     |     |               |     |     |               |

**APLICAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TANTO AL SOLICITANTE COMO A SUS DEPENDIENTES:**

LA OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS IMPORTANTES DEL RIESGO, AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO, FACULTARÁ A SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO HECHO EL CONTRATO (ART. 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS) "MARQUE CON UNA CRUZ SU RESPUESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA, REQUISITE LOS RECUADROS QUE SE ENCUENTRAN EN LA PARTE INFERIOR DE CADA PREGUNTA":

|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|----------|--------------------------|---------------------|----------------------|---------------|--|--|----|----|
| <b>1</b> |                          |                     |                      |               | ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES PADECEN ALGUNA ENFERMEDAD O AFECCIÓN, ACCIDENTE O LESIÓN CORPORAL?                     |  | SI | NO |
| CLAVE    | DIAGNÓSTICO/PADECIMIENTO | FECHA DE OCURRENCIA | TRATAMIENTO A SEGUIR | ESTADO ACTUAL |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
| <b>2</b> |                          |                     |                      |               | ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES ALGUNA VEZ HAN ESTADO HOSPITALIZADO?   |  | SI | NO |
| CLAVE    | DIAGNÓSTICO/PADECIMIENTO | FECHA DE OCURRENCIA | TRATAMIENTO A SEGUIR | ESTADO ACTUAL |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
| <b>3</b> |                          |                     |                      |               | ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES HAN ESTADO SOMETIDOS A ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO O DE REHABILITACIÓN EN FORMA CONTINUA? |  | SI | NO |
| CLAVE    | DIAGNÓSTICO/PADECIMIENTO | FECHA DE OCURRENCIA | TRATAMIENTO A SEGUIR | ESTADO ACTUAL |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
| <b>4</b> |                          |                     |                      |               | ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES TIENEN PENDIENTE O PROGRAMADA ALGUNA CIRUGÍA?  |  | SI | NO |
| CLAVE    | DIAGNÓSTICO/PADECIMIENTO | FECHA DE OCURRENCIA | TRATAMIENTO A SEGUIR | ESTADO ACTUAL |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
| <b>5</b> |                          |                     |                      |               | ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES PRACTICAN ALGÚN DEPORTE?   |  | SI | NO |
| CLAVE    | DIAGNÓSTICO/PADECIMIENTO | FECHA DE OCURRENCIA | TRATAMIENTO A SEGUIR | ESTADO ACTUAL |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |
|          |                          |                     |                      |               |  |  |    |    |

**FAVOR DE ESPECIFICAR NOMBRE, TELÉFONO Y ESPECIALIDAD DE SU MÉDICO AL CUAL USTED ACUDE HABITUALMENTE:"**

|                   |          |              |
|-------------------|----------|--------------|
| NOMBRE DEL MÉDICO | TELÉFONO | ESPECIALIDAD |
|                   |          |              |

"DECLARO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ ASENTADA ES VERÍDICA Y AUTORIZO A LOS MÉDICOS Y HOSPITALES QUE NOS HAYAN ATENDIDO PARA PROPORCIONAR A SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A NUESTRO ESTADO DE SALUD, CON SÓLO PRESENTAR EL ORIGINAL O LA FOTOCOPIA DE ESTE CUESTIONARIO".

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA O SELLO DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE