

AUNA SEGUROS

Programa Flexible Oncológico de Salud

Cuestionario Médico

Fecha		CURP del contratante <small>*si se cuenta con ello</small>	
Nombres y apellidos del contratante:			

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de **SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL** y determina que el **CONTRATANTE**, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos (incluyendo condiciones de salud en sospecha o estudio) de cada una de las personas propuestas en la solicitud de afiliación como **ASEGURADOS**. Asimismo, autoriza a la **COMPAÑÍA**, si lo considerase necesario, poder tener acceso a la revisión de la historia clínica y/o entrevistar a sus médicos tratantes, en cualquier servicio médico y/o poder acceder a los exámenes de laboratorio y/o imágenes, de cualquiera de los solicitantes que declara, con fines verificación de información para la continuidad y control de sus beneficios.

Preguntas preliminares:

DATOS DE LOS SOLICITANTES						
No.	Pregunta	Asegurado titular	Asegurado dependiente 1	Asegurado dependiente 2	Asegurado dependiente 3	Asegurado dependiente 4
1	Estatura:					
	Peso:					
	Ocupación:					
Indicar con SI o NO según corresponda. Si alguna de las respuestas es respondida afirmativamente, es obligatorio ampliar la información solicitada. Tenga en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la solicitud.						
2	Algún medicamento que haya tomado o ingiera de forma regular					
3	¿Ha sido hospitalizado u operado por algún padecimiento? Incluye la realización de biopsia durante endoscopia, colonoscopia, mama, colposcopia o próstata					

DATOS DE LOS SOLICITANTES						
No.	Pregunta	Asegurado o titular	Asegurado dependiente 1	Asegurado dependiente 2	Asegurado dependiente 3	Asegurado dependiente 4

4	<p>¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por alguna de las siguientes enfermedades?</p> <p>a) Cáncer ó alguna enfermedad oncológica</p> <p>b) Tumores, pólipos, quistes o nódulos</p> <p>c) Enfermedades autoinmunes (ej. Lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, síndrome de Sjogren, etc.)</p> <p>d) Enfermedades sistémicas (ej. insuficiencia renal crónica, anemia, enfermedad de Hodgkin, síndrome de Lynch, VIH-SIDA, etc).</p> <p>e) Enfermedades orgánicas (ej. enfermedades de la próstata, virus del papiloma humano (VPH), displasia cervical, lesiones cutaneas premalignas, cirrosis hepática, hepatitis, esófago de Barret, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis pulmonar)</p>					
5	<p>¿Fuma o ha fumado, en forma habitual o recurrente, en algún momento de su vida?</p> <p>En caso de que la respuesta sea sí indicar lo siguiente:</p> <p>Fecha de Inicio:</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Cantidad por día:</p>					

IMPORTANTE: Recuerde que todas las preguntas son de respuesta obligatoria. Por favor, revise haber contestado a todas las preguntas de este formulario. Si alguna pregunta no es contestada, la solicitud de afiliación no se procesará y será devuelta; o en su defecto podría ser considerada como ocultamiento o reticencia de información.

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro.

Proporcione los datos de contacto de su médico de cabecera o tratante (en caso de contar con ella)

DETALLE DE INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES						
No. Pregunta	Nombres y apellidos del asegurado	Diagnóstico o dolencia	Fecha de diagnóstico o dolencia	Medicamento	Cirugía o procedimiento realizado	Clínica/Hospital

Nombre del médico	
Especialidad	
Dirección del consultorio	
Teléfono	
Correo electrónico	

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro entiendo que debo declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozco o debo conocer al momento de firmar. La omisión o inexacta declaración de estos datos facultará a La aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el(los) seguro(s) aunque no hayan influido en la realización del siniestro. La información proporcionada en este cuestionario tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue proporcionada. Manifiesto que la dirección de correo electrónico proporcionado en la presente solicitud es verídica por lo que reconozco que en el mismo me serán entregadas las condiciones generales en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente si es que así se indicó en **AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS**. Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o medicamento relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a la Aseguradora, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a la Aseguradora, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.

El **CONTRATANTE** suscribe esta sección en señal de veracidad de lo anteriormente declarado y en pleno conocimiento de que cualquier información falsa o inexacta, aún hechas de buena fe, hace nulo el **CONTRATO**. El producto cuenta con limitaciones y exclusiones señaladas en las condiciones generales, las cuales pueden ser consultadas en la página web www.aunaseguros.com.mx

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes) Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones Centro de Contacto **AUNA SEGUROS**: Horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas Ciudad de México y Área Metropolitana e Interior de la República: 55 4628 2551.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web condusef.gob.mx

Nombre y firma del CONTRATANTE:

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de abril de 2026, con el número CNSF-H0714-0023-2026/ CONDUSEF-007228-01.”