

# Gastos Médicos Mayores Colectivo Cuestionario

Este cuestionario deberá ser llenado en su totalidad por el Contratante y/o Solicitante, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Nombre con quien se designa o designará a la Colectividad a la que pertenece:

## Características del Producto a contratar

Plan y Coberturas, de acuerdo a la Solicitud del Contratante y de acuerdo a la regla de aseguramiento determinada por el Contratante:

## Reconocimiento de Antigüedad

Si tiene Póliza en esta u otra Compañía con vigencia mínima de 1 año e ininterrumpida, y con Período al Descubierto menor a 30 días naturales a la fecha de sello de recepción de Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, favor de anexar copia de la última Póliza vigente y/o certificado individual, así como el recibo con el sello de pagado o comprobante de pagos o Constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros pueda otorgar dicho Beneficio.

Nº de Póliza	Compañía	Fecha de antigüedad:	dd/mm/aaaa
Nº de Póliza	Compañía	Fecha de antigüedad:	dd/mm/aaaa
Nº de Póliza	Compañía	Fecha de antigüedad:	dd/mm/aaaa

## Solicitantes

Favor de detallar la información de los miembros Solicitantes:

Solicitante	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco con el Titular
Titular		M/F	dd/mm/aaaa	
Cónyuge o Concub.		M/F	dd/mm/aaaa	
Dependiente 1		M/F	dd/mm/aaaa	
Dependiente 2		M/F	dd/mm/aaaa	
Dependiente 3		M/F	dd/mm/aaaa	

Solicitante	Peso (Kg)	Estatura (mts)	¿Practica profesionalmente algún deporte?	En caso de respuesta afirmativa, especifique el Deporte que practica
Titular			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Cónyuge o Concub.			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dependiente 1			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dependiente 2			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dependiente 3			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

**Cláusula de Domicilio:** Cada uno de los Solicitantes reconocerá como domicilio para oír y recibir notificaciones el señalado por el Contratante, bastando que los comunicados se emitan a su nombre para que surtan los efectos legales pertinentes.

## Hábitos

Solicitante	¿Fuma?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y cantidad al día	¿Ingiere o ingirió bebidas alcohólicas?	¿Desde - hasta?	Frecuencia y cantidad al mes	¿Consumió o consume drogas y/o estimulantes?	¿Desde - hasta?	Frecuencia y cantidad al mes
Titular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año	
Cónyuge o Concub.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año	
Dependiente 1	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año	
Dependiente 2	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año	
Dependiente 3	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	año - año	

**Otros Seguros –Esta información no facultará a la Compañía para rescindir el Contrato en términos del Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro–**

Indique en el espacio correspondiente si alguno de los Solicitantes por Asegurar cuenta actualmente con alguna Póliza de:

	Titular		Cónyuge o Concubina (o)		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
GMM Compañía Aseguradora	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Autos Compañía Aseguradora	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
AP Compañía Aseguradora	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Nota: GMM se refiere a Gastos Médicos Mayores y AP se refiere a Accidentes Personales.

**Otras actividades**

Por su ocupación, ¿está expuesto a cualquiera de lo siguiente: uso de armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones, riesgo por altura, alta tensión, material biológico de riesgo, transporte en motocicleta?

Titular		Cónyuge o Concubina (o)		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Especifique		Especifique		Especifique		Especifique		Especifique	
Especifique		Especifique		Especifique		Especifique		Especifique	
Especifique		Especifique		Especifique		Especifique		Especifique	

**Cuestionario Médico –Indique en el espacio correspondiente si alguno(s) de los Solicitantes por asegurar, padece o ha padecido de lo siguiente–**

Nota: D1 = Dependiente 1, D2 = Dependiente 2, D3 = Dependiente 3:

	Titular		Cónyuge o Concubina (o)		D1		D2		D3	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1 Enfermedades del corazón o presión alta (infarto, aneurisma, angina de pecho, arteriosclerosis, entre otras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Enfermedades del aparato respiratorio (tuberculosis, bronquitis, enfisema, asma o sinusitis, entre otras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Enfermedades endócrinas o metabólicas (diabetes mellitus, tiroides, hipofisis u obesidad).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Enfermedades sanguíneas (anemia, hemorragias o leucemia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Afectaciones del aparato circulatorio (várices, hemorroides, entre otras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Cáncer o tumores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Alguna enfermedad cerebral o del sistema nervioso (parálisis, convulsiones, pérdida del conocimiento, entre otras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Enfermedades del aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos, hígado -hepatitis-, vesícula biliar, entre otras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Enfermedades del aparato urinario (cálculos renales, crecimiento de próstata, infecciones recurrentes de vías urinarias, entre otras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Alteraciones en el sistema auditivo, en la piel o de tipo oftalmológico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Enfermedades de los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Enfermedades de transmisión sexual, VIH, sífilis o virus del papiloma humano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Alguna enfermedad o accidente no especificado en este Cuestionario Médico.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Preguntas específicas:</b>										
14 ¿Algún Solicitante ha sido hospitalizado o le han realizado alguna cirugía, incluyendo las ambulatorias, a consecuencia de cualquier enfermedad, accidente u otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 ¿Ha tenido alguna molestia, dolor o síntoma médico en los últimos 90 días?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 En los últimos 90 días, ¿ha visitado a algún Médico, está o estuvo bajo tratamiento médico, rehabilitación o tiene programada Atención Médica o Quirúrgica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 En los últimos 90 días, ¿le han practicado pruebas de Laboratorio (electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias, tomografías, Rx o cateterismos, entre otros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Cuestionario Médico –para Solicitantes del sexo femenino mayores de 11 años de edad–

	Titular	Cónyuge o Concubina (o)	D1	D2	D3
18 ¿Ha recibido Atención Médica o Quirúrgica por padecimientos de los ovarios, útero, trompas uterinas, glándulas mamarias o alteraciones de la menstruación?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
19 ¿Ha tenido embarazos?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nº de partos					
Nº de cesáreas					
Nº de abortos					
20 ¿Ha tenido problemas o complicaciones por embarazos previos?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
21 ¿Actualmente está embarazada? Especifique el tiempo de gestación (meses)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Nota: D1 = Dependiente 1, D2 = Dependiente 2, D3 = Dependiente 3

**(\*) En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique la Enfermedad o Accidente, causa, fecha de ocurrencia, tratamiento y estado actual de salud en la siguiente sección:**

### Información a detalle para casos de respuesta a afirmativa

El Solicitante puede ser: T = Titular; C= Cónyuge o Concubina (o); D1 = Dependiente 1; D2 = Dependiente 2; D3 = Dependiente 3

Solicitante	Pregunta N°	Nombre de enfermedades, accidentes, lesiones, síntomas, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, cada uno de éstos derivados o no de un Accidente.	Fecha de inicio	Causa	¿Ha tenido recaídas en los últimos 2 años?	Fecha de última revisión	Tipo de control o tratamiento <sup>1</sup>
			día mes año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	dd/mm/aaaa	
			día mes año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	dd/mm/aaaa	
			día mes año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	dd/mm/aaaa	
			día mes año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	dd/mm/aaaa	
			día mes año		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	dd/mm/aaaa	

1 En caso de tratamiento o intervención quirúrgica, favor de anexar el Informe Médico tratante, estudios que respalden el diagnóstico y/o estudio histopatológico. 2

Solicitantes menores de 3 años, se deberá anexar Informe Médico del Pediatra con: nombre, Cédula Profesional y estado actual de salud.

3 Solicitantes de 65 años o más, deberán someterse a un Examen Médico de valoración.

**(\*) En caso de que Plan Seguro acepte cubrir alguna Enfermedad o Accidente manifestado como Preexistencia Declarada (solo aplica para Golden), se emitirá el endoso correspondiente para cada Solicitante. Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación o rechazo.**

### De interés para el Solicitante

1.- Se previene al Solicitante para que conforme a los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, declaren todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta Solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho, podrá originar la pérdida de los derechos que le confiere la Póliza correspondiente al Asegurado o Beneficiario en su caso.

2.- El llenado del Cuestionario solamente aplicará para aquellos supuestos en los que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad, lo anterior de conformidad con lo establecido en el Art. 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades. 3.- Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus datos Personales tanto Sencibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el Aviso de Privacidad Integral podrá encontrarlo en el sitio web [planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx). 4.- De conformidad con el Artículo 11 de las Disposiciones Generales en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que la presente Solicitud de Seguro no contienen abreviaturas de uso no común.

### De común acuerdo entre el Titular y/o Contratante y la Compañía Aseguradora

Reconozco estar informado de que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, que se detecten en el Cuestionario contenido en la presente, darán lugar a la rescisión del Contrato de Seguro que llegue a celebrarse y en consecuencia a la pérdida de los derechos derivados del mismo, no obstante que tales hechos no influyan en la realización del siniestro, inclusive cuando haya sido llenada por quien actuó como tercero o representante con o sin la designación expresa a favor de éste por el Contratante, Titular Solicitante y/o Asegurado.

Autorizo a los Médicos que nos hayan asistido o examinado a mí y/o a mis dependientes económicos, en los Hospitales, Sanatorios o Clínicas a los que se haya ingresado para Estudio, Diagnóstico o Tratamiento de cualquier enfermedad, lesión o accidente, para que proporcionen a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros toda la información y copias de nuestros antecedentes e historia clínica, indicaciones médicas y todo aquello que requieran que pueda ser útil para la evaluación correcta en la propuesta de Seguro y en su caso para todo lo relacionado en el cumplimiento del Contrato que se celebre, por lo que relevo de cualquier responsabilidad y de la obligación del secreto médico a los profesionales Médicos y a las Instituciones de Salud por revelar la información relacionada con nuestros antecedentes de salud. Así mismo autorizo a las Compañías de Seguros con las que previamente haya realizado propuestas de Seguro o haya tenido contratada una Póliza de Seguro, para que proporcionen a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, la información que sea de su conocimiento.

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales en donde se establecen los términos, Exclusiones y limitaciones que contendrá la Póliza y que en su caso extienda Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, que otorgo de manera expresa mi conformidad con estas Condiciones Generales y acepto las obligaciones que las mismas nos imponen como Contratante y/o Asegurado Titular. Queda convenido que la Compañía tendrá 30 días, contados desde la fecha de recepción de esta Solicitud, para aceptar y dar curso a la misma. Si durante dicho periodo no recibimos la aceptación o negativa de esta Solicitud, ni noticia alguna en relación con la misma, dicha Solicitud se considerará como rechazada por la Compañía.

**Este documento solo constituye parte de la Solicitud de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Empresa de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.**

Se firma el presente cuestionario ratificando que lo declarado en este constituye los antecedentes completos y verídicos y se consideran que sirven para identificar el riesgo que se asegura como objeto sobre el que podrá celebrarse el Contrato de Seguro propuesto, reconociendo válidas las notificaciones de cualquier documento relacionado con el cuestionario del Contrato propuesto, así como cualquier trámite que se realice en el Contrato de Seguro contratado, que se efectúen con la participación del Agente o promotor elegido por el Contratante y/o Titular Solicitante, sin que ello invalide las que se realicen en el domicilio particular señalado en el presente formulario.

Así mismo otorgo el consentimiento a la Institución para que, en cumplimiento a las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

Lugar y fecha

Nombre y Firma del Solicitante Titular

#### Datos del Agente

Clave	Nombre completo	Firma
-------	-----------------	-------

El Agente de Seguros manifiesta bajo protesta de decir verdad, que todo lo vertido en la presente Solicitud, es expresado por el contratante y que el Solicitante, así como las personas por asegurar llenaron y firmaron esta Solicitud en su presencia, durante la entrevista correspondiente.

Adicionalmente se incluyen copias simples que sustentan la información proporcionada en este formato, mismas que fueron cotejadas contra su original por el agente.

#### Observaciones de Plan Seguro

#### Reclamaciones y consultas

##### Unidad Especializada de Atención a Clientes de Plan Seguro (UNE) - Servicio Seguro.

Dos Teléfonos: (55) 4170 96 68 y (55) 4170 96 67

Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.

Consultar otras oficinas de atención en el país ver: [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas.

Correo electrónico: [servicioseguro@planseguro.com.mx](mailto:servicioseguro@planseguro.com.mx)

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Finanzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este Producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, a partir del día 18 de diciembre de 2013, con el número CGEN-H0701-0026-2013/CONDUSEF-G-00290-002.

Servicio Seguro **800 277 1234**  
[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

