



| Solicitantes  | ¿Consumo o ha consumido algún tipo de droga? |    | En caso de respuesta afirmativa indique cual | Año de inicio / año de fin | Cantidad y frecuencia (diario, semanal o mensual) |
|---------------|--|----|--|----------------------------|---|
|               | Sí   | No |  |                            |   |
| Titular       | Sí   | No |  |                            |   |
| Solicitante 2 | Sí   | No |  |                            |   |
| Solicitante 3 | Sí   | No |  |                            |   |
| Solicitante 4 | Sí   | No |  |                            |   |
| Solicitante 5 | Sí   | No |  |                            |   |

| Solicitantes  | Estatura | Sexo | Peso | Lugar de trabajo |
|---------------|----------|------|------|------------------|
|               |          |      |      |                  |
| Solicitante 2 |          |      |      |                  |
| Solicitante 3 |          |      |      |                  |
| Solicitante 4 |          |      |      |                  |
| Solicitante 5 |          |      |      |                  |

| Cuestionario de exposición al riesgo (aplica para la persona titular y solicitantes)   |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Algún solicitante opera maquinaria pesada?   | Sí | No |
| 2. ¿Algún solicitante trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos, sustancias radioactivas, fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc? | Sí | No |
| 3. ¿Algún solicitante utiliza motocicleta o algún otro vehículo diferente al automóvil?  | Sí | No |
| 4. ¿Algún solicitante está expuesto a situaciones peligrosas o de alto riesgo?   | Sí | No |
| 5. ¿Algún solicitante visita o asiste a obras, construcciones o realiza actividades a una altura mayor de 1.80 metros medidos?                               | Sí | No |
| 6. ¿Algún solicitante utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego, seguridad o rescate?                   | Sí | No |
| 7. ¿Algún solicitante realiza actividades políticas o en el medio artístico?   | Sí | No |
| 8. ¿Algún solicitante vuela aeronaves o líneas particulares?   | Sí | No |

| En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta anterior especificar lo siguiente: |                 |   |
|---|-----------------|---|
| No. Solicitante   | No. de pregunta | Describa la frecuencia (diario, semanal, mensual) y actividad a detalle, en caso de utilizar en su trabajo algún aparato o vehículo para la realización de su actividad, indique las características del mismo. |
|   |                 |   |
|   |                 |   |
|   |                 |   |
|   |                 |   |
|   |                 |   |
|   |                 |   |
|   |                 |   |

| Antecedentes familiares (aplica para la persona titular y solicitantes)  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Para alguno de los solicitantes, sus padres o hermanos padecen o han padecido afecciones renales, diabetes mellitus, hipertensión arterial, afecciones cardiacas, cáncer, tumoraciones de cualquier tipo u otra enfermedad no descrita anteriormente? | Sí | No |

| En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta anterior especificar lo siguiente: |            |              |                        |
|---|------------|--------------|------------------------|
| No. Solicitante   | Parentesco | Enfermedades | Estado actual de salud |
|   |            |              |                        |
|   |            |              |                        |
|   |            |              |                        |
|   |            |              |                        |
|   |            |              |                        |
|   |            |              |                        |

| Cuestionario médico (Aplica para la persona titular y solicitantes)   |    |    |
|---|----|----|
| 1.- ¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: neurológicas y/o cerebrovasculares entre ellos hemorragia o derrame cerebral, infarto, isquemia o embolia cerebral, esclerosis múltiple; lupus eritematoso; endocrinológicas o metabólicas como diabetes mellitus, tiroides, colesterol y/o triglicéridos altos, obesidad; oculares como miopía, astigmatismo, hipermetropía, cataratas, glaucoma; del aparato respiratorio, nariz, senos paranasales, sinusitis, enfisema pulmonar, dificultad respiratoria, asma, bronquitis? | Sí | No |
| 2.- ¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: cardiovasculares incluyendo angina de pecho, arritmias, infartos, colocación de stent, embolias, trombosis o várices; del aparato digestivo, afecciones del esófago, hernia hiatal, úlcera gástrica, úlcera duodenal, de vesícula incluyendo piedras, afecciones hepáticas como cirrosis, insuficiencia hepática, hepatitis B, hepatitis C, colitis o colon irritable?  | Sí | No |



| No. de Solicitante | No. de Pregunta | Indique: fecha de inicio y de término, tratamiento, estado actual, recaída, complicaciones, secuelas y demás información relevante. |
|--------------------|-----------------|---|
|                    |                 |   |
|                    |                 |   |
|                    |                 |   |
|                    |                 |   |
|                    |                 |   |
|                    |                 |   |
|                    |                 |   |
|                    |                 |   |

#### SECCIÓN IV. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

En caso de requerir reconocimiento de antigüedad por parte de MediAccess, favor de proporcionar la información que se pide a continuación:

| Solicitantes  | Día/Mes/Año | Número de póliza | Compañía |
|---------------|-------------|------------------|----------|
| Titular       |             |                  |          |
| Solicitante 2 |             |                  |          |
| Solicitante 3 |             |                  |          |
| Solicitante 4 |             |                  |          |
| Solicitante 5 |             |                  |          |

---

Firma del contratante y/o del representante legal

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de noviembre de 2021 con el número CGEN-H0702-0026-2021/G-01150-002.**