

#	INFORMACION NECESARIA	CONTRATANTE / Solicitante Titular	Solicitante 2 (Si son mas de 2 solicitantes, llenar info en otro archivo)
1	# INE del contratante / Asegurado Titular	(Anexar al correo foto legible y centrada de ambas caras)	No requerido
2	Nombre completo de cada solicitante		
3	Fecha de Nacimiento y Parentesco con el Titular		
4	RFC con homoclave y CURP de cada solicitante		
5	País de nacimiento / Nacionalidad		
6	Domicilio completo con código postal		
7	Teléfono Particular y Celular		
8	Correo Electrónico		
9	Fecha y lugar donde contesto este cuestionario?		
10	Estatura y Peso de cada solicitante		
11	Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Que tipo?		
12	Fuma? desde cuando? cuantos al dia?		
13	Esta embarazada? Cuantos meses?		
14	Algún solicitante viajara al extranjero en los próximos 6 meses con permanencia mayor a 3 meses?		
15	Que deporte practica? Con que frecuencia?		
16	Viaja en aviones particulares mas de 40 horas al año?		
17	Usa motocicleta? Marca? Cilindraje?		
18	Empresa donde trabaja, Puesto, Antigüedad, Domicilio		
19	Realiza Labores Administrativas?		
20	Tiene alguna otra ocupación?		
21	Trabajo en gobierno en los últimos 4 años? Puesto?		
22	Tiene antecedentes penales?		
23	Opera maquinaria pesada?		
24	Trabaja con explosivos, solventes o químicos? Cuales?		
25	Visita o asiste a obras en construcción o su actividad es agrícola y usa fertilizantes? Explique.		
26	Utiliza armas o su trabajo esta relacionado con armas?		
27	<b>Ha padecido COVID-19? Fechas? Fue hospitalizado?</b>		
28	<b>Cuenta con la vacuna COVID-19? Nombre de la vacuna? # dosis aplicadas y fecha de ultima dosis</b>		
29	Ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por enfermedades, accidentes, enfermedad congénita, cirugía estética o reconstructiva?		
30	Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, sida, cáncer, COVID-19, tumores u otra de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular?		
31	Algún solicitante padece o ha padecido otra enfermedad, trastorno o padecimiento de salud no referida anteriormente?		
32	Esta actualmente en un tratamiento o tiene programada una atención medica o una operación quirúrgica?		
33	<b>Si el contratante es diferente al solicitante titular, indicar Nombre o Razón Social y datos de facturación completos con correo electrónico.</b>		

NO LLENAR  
**FV Agente de Seguros**  
 NO LLENAR  
**CONFIDENCIAL**  
 NO LLENAR

**MUY IMPORTANTE:** Las preguntas 28,29,30,31 y 32 son declaratorias de salud y preexistencias. Se tienen que declarar las situaciones de salud cuestionadas desde el nacimiento hasta la edad actual. Cualquier omisión o falsedad de declaraciones puede llevar a la cancelación del contrato de seguro.