



Nacional Monte de Piedad
Fundado en 1775

CUESTIONARIO MEDICO Y CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO

MUTUATARIO

OBLIGADO SOLIDARIO

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

ADVERTENCIA: Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no-declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o el Beneficiario en su caso.

CUESTIONARIO MEDICO

Estatura _____ Peso _____

Que deportes practica: _____ con que frecuencia _____

Que aficiones o gustos tiene: _____ con que frecuencia _____

Usa motocicleta o practica motociclismo: SI NO con que frecuencia: _____

Fuma o ha fumado: SI NO Cantidad diaria: _____

Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas: SI NO con que frecuencia y qué cantidad: _____

¿Padece o ha padecido de o del :

	SI	NO	Nombre de Enfermedad o Padecimiento
◆ Corazón, circulación o presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
◆ Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
◆ Hígado, Diabetes tipo uno, riñones, cirrosis hepática o úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
◆ Vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
◆ Tumores, SIDA, ojos, oídos, huesos y cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
◆ Enfermedades psicológicas o psiquiátricas u otra enfermedad diferente a las anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, indicar si requirió o requiere operación quirúrgica y estado actual de su padecimiento. (De ser necesario anotar la información al reverso de este cuestionario)

Con el presente autorizo a los médicos que me están atendiendo o me han atendido a proporcionar al Nacional Monte de Piedad, I.A.P., la información que requieran sobre mis padecimientos.

Nombre del médico tratante: _____ Teléfono: _____

Domicilio y teléfono: _____

CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de que mi solicitud de préstamo sea aprobada, autorizo al Nacional Monte de Piedad, I.A.P. ha contratar una póliza de seguro de vida por mi cuenta y orden, cuya prima pagaré mensualmente, asimismo designo como Beneficiario irrevocable a Nacional Monte de Piedad, I.A.P. Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos aquí registrados son verídicos.

Nombre y Firma del Solicitante u Obligado Solidario

Nota: Si el Solicitante no puede o no sabe firmar deberá imprimir la huella del dedo pulgar derecho

Lugar y Fecha: