

TOKIO MARINE COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
 Blvd. Adolfo López Mateos 261, 5to. Piso
 Col. Los Alpes
 01010 México, D.F.
 Tel. 5278-2100
 Fax 5278-2155



TOKIOMARINE

DECLARACIÓN DE SALUD

¿En los últimos cinco años ha consultado con algún médico, ha estado bajo tratamiento o tomando algún medicamento por padecer o haber padecido las siguientes enfermedades?

	SI	NO
1. Cáncer, leucemia, tumores malignos, lupus?	_____	_____
2. Enfermedades de la sangre?	_____	_____
3. Problemas relacionados con el corazón o el sistema circulatorio,		
4. hipertensión arterial?	_____	_____
5. Trastornos neurológicos, cerebro-vasculares, mentales, depresión nerviosa?	_____	_____
6. Diabetes Mellitus en cualquiera de sus tipos?	_____	_____
7. SIDA o seropositivo al VIH, o enfermedades de la sangre?	_____	_____
8. Insuficiencia renal o afección de ambos riñones?	_____	_____
9. Cirrosis hepática, hepatitis crónica ("A" o "B"), pancreatitis?	_____	_____
10. Enfermedades crónicas o incurables?	_____	_____
11. Extirpación de algún órgano importante o parte de él?	_____	_____
12. Enfisema, asma crónica, tuberculosis?	_____	_____
13. Sangrado del tubo digestivo?	_____	_____
14. Ha sido internado en un hospital o clínica para estudios,		
15. operación o tratamiento?	_____	_____
16. Fumador de más de 40 cigarrillos diarios, o bebedor llegando al estado		
17. de embriaguez más de 5 veces al año?	_____	_____

En caso de respuesta(s) afirmativa(s), especificar detalles, fechas, evolución, estado actual, etc.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro que todos los hechos a que se refiere este cuestionario son verdaderos, en la inteligencia de que la no declaración o inexacta o falsta declaración de un hecho importante que se me pregunte, podría originar la pérdida de mi derecho como Asegurado o del beneficiario en su caso; asimismo estoy dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a mi estado de salud, inclusive los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional.

Contratante: _____

Número de Póliza: _____

 Lugar y Fecha

 Nombre y Firma del solicitante