

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642 Piso 9
Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX.

Instrucciones de llenado: Este formato debe ser llenado con la letra de molde, números en arábigos y una sola tinta (azul o negra). No es válido si presenta tachaduras, enmedaduras o falta algún dato indispensable. Marque con una cruz el tipo de movimiento a realizar.

Fecha:
No. de póliza:

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA FÍSICA

Nombre (s):		Apellido paterno:		Apellido materno:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):			Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino		
CURP:		País de nacimiento:			
Entidad federativa de nacimiento:		Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):			
RFC (con homoclave si cuenta con ella):			Nacionalidad:		
Ocupación:	Teléfono:	Correo electrónico:			

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA MORAL , INSTITUCIÓN PÚBLICA O FIDUCIARIA

Denominación o razón social:					
Fecha de constitución (dd/mm/aaaa):		Folio mercantil:		RFC con homoclave:	
Giro mercantil u objeto social:		Número de serie de la firma electrónica avanzada:			
Nacionalidad:	Teléfono:	Correo electrónico:			
Nombre del representante legal:					

Domicilio de la persona física o moral (éste será el utilizado en su factura, en caso de requerirla)

Calle:		No. Exterior:	No. Interior:	Colonia:
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Estado:		

SECCIÓN II. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

a) Persona políticamente expuesta

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año algún cargo público?	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?
¿Es usted cónyuge o familiar de algún funcionario Público?	☐ Sí ☐ No	¿De quién?

b) Origen de recursos (fuente de ingresos)

☐ Salario ☐ Honorarios ☐ Comisiones ☐ Regalías ☐ Negocio Propio ☐ Otro	Especifique:
--	--------------

c) Propietario real (exclusivo para personas físicas)

Manifiesto que actúo: ☐ En nombre propio ☐ Por cuenta de otra persona (un tercero)
--

Es necesario completar esta sección, según corresponda, con los datos del tercero especificado anteriormente:

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Domicilio particular:	Teléfono:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	País y entidad de nacimiento:	Nacionalidad:
RFC:	CURP:	Ocupación / profesión actual:
Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):		Correo electrónico:

***Propietario Real:** Cuando el cliente actúa en nombre de un tercero, y éste sin ser cliente o beneficiario aprovecha los beneficios o dispone de los recursos (el verdadero dueño de los recursos); también comprende a las personas que ejerzan el Control sobre las personas morales.

SECCIÓN III. ALTA DE ASEGURADO

Favor de requisitar la información solicitada como se indica

Solicitantes	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco con el titular
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

Solicitantes	Nacionalidad	País de nacimiento	Entidad de nacimiento	Estado civil*	Ocupación / Profesión
Titular					
Solicitante 2					
Solicitante 3					
Solicitante 4					
Solicitante 5					

Solicitantes	CURP	RFC	Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

☐ Manifiesto que el domicilio de los titulares y/o solicitantes es el mismo del contratante (cliente), salvo aviso por escrito de los mismos.

Solicitantes	Domicilio	Correo electrónico
Titular		
Solicitante 2		
Solicitante 3		
Solicitante 4		
Solicitante 5		

Si derivado del cambio que solicito se genera saldo a mi favor, doy consentimiento para que dicho importe sea aplicado al siguiente recibo de póliza que se deriva del cambio, según sea el caso. ☐ Si ☐ No ☐ Otros, especificar: _____

SECCIÓN IV. CUESTIONARIO MÉDICO, OCUPACIONAL Y DE HáBITOS

No es necesario llenar esta sección en renovaciones y actualizaciones, únicamente llenarla en alta de nuevos y/o solicitantes. Deberá adjuntar al presente la documentación necesaria para el reconocimiento de su antigüedad.

Cuestionario general de hábitos (aplica para la persona titular y solicitantes)

Solicitantes	¿Fuma o ha fumado?	Año de inicio / año de fin	Cantidad y Frecuencia (diaria, semanal o mensual)	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?	Año de inicio / año de fin	Cantidad y Frecuencia (diaria, semanal o mensual)
Titular	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No		
Solicitante 2	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No		
Solicitante 3	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No		
Solicitante 4	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No		
Solicitante 5	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No		

Solicitantes	¿Consume 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)
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 (oficina, planta, obra,etc.)
Titular				
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	Describe la frecuencia (diario, semanal o mensual) y actividad a detalle, en caso de utilizar algún aparato o vehículo para la realización de la actividad y/o lugar, 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 cardíacas, 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

3.- ¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: del aparato genitourinario, renales (entre ellos insuficiencia renal de cualquier tipo), cálculos o piedras en el riñón o vías urinarias, de la próstata, miomatosis uterina, quistes ováricos, de los huesos y/o articulaciones, artritis reumatoides, artrosis, osteoporosis, de la columna vertebral (incluyendo deformaciones), hipertensión arterial (presión arterial alta), cáncer, linfomas, leucemia, tumoraciones de cualquier tipo, hernias de cualquier tipo, VIH, SIDA o seropositivo al VIH?

☐ Sí ☐ No

4.- ¿Padece o ha padecido algún accidente, enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas 1, 2 y 3?

☐ Sí ☐ No

5.- ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

☐ Sí ☐ No

6.- ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica, hospitalización, estudios de laboratorio y/o gabinete por cualquier causa, incluyendo cesárea u otras?

☐ Sí ☐ No

7.- ¿Practica algún deporte?

☐ Sí ☐ No

7a.- Especificar tipo de deporte, frecuencia y si su práctica es amateur o profesional:

8.- Actualmente cuenta con algún tipo de manejo o tratamiento médico de manera periódica, por intervalos de tiempo, o de manera ocasional derivado de:

8a. Afecciones de los huesos y/o articulaciones como artritis, rodillas, columna vertebral, osteoporosis.

☐ Sí ☐ No

8b. Afecciones del corazón, pulmones, bronquios o del aparato respiratorio incluyendo dificultad respiratoria e infartos.

☐ Sí ☐ No

8c. Debilidad, fatiga o dificultar para moverse o caminar.

☐ Sí ☐ No

8d. Uso de Insulina o control por diabetes mellitus, colesterol, trigliceridos, ácido úrico elevados.

☐ Sí ☐ No

8e. Problemas del riñón como piedras, insuficiencia renal entre otros.

☐ Sí ☐ No

8f. Sangrados de cualquier parte del cuerpo.	☐ Sí	☐ No
8g. Cualquier otra afección o enfermedad no mencionada con anterioridad.	☐ Sí	☐ No
Exclusivo Mujeres		
9.-¿Ha necesitado atención médica y/o quirúrgica por afecciones en las glándulas mamarias, ovarios, útero (matriz) o por trastornos en la menstruación?	☐ Sí	☐ No
10.-¿Ha presentado complicaciones durante el embarazo?	☐ Sí	☐ No
11.-¿Está embarazada actualmente?, en caso de repuesta afirmativa indicar tiempo (meses) de embarazo.	☐ Sí	☐ No
11a.- Fecha de última menstruación:		

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta (de la 1 a la 11), especifique lo siguiente:		
No. de Solicitante	No. de Pregunta	Indicar enfermedad, accidente o padecimiento, fecha de inicio de los síntomas, fecha de diagnóstico médico, tratamiento establecido, estado actual o demás información relevante.

CUESTIONARIO INGRESO COVID-19		
1.- Presenta o ha presentado los siguientes síntomas en los últimos 15 días:	☐ Sí	☐ No
a. ¿Fiebre mayor o igual a 38°C?	☐ Sí	☐ No
b. ¿Pérdida o aumento repentino del olfato y/o del gusto?	☐ Sí	☐ No
c. ¿Tos, o si esta ha empeorado recientemente?	☐ Sí	☐ No
d. ¿Problemas al respirar o le falta el aire?	☐ Sí	☐ No
e. ¿Dolor de garganta?	☐ Sí	☐ No
f. ¿Secreción o congestión nasal por causa desconocida?	☐ Sí	☐ No
g. ¿Diarrea de causa desconocida?	☐ Sí	☐ No
h. ¿Fatiga o cansancio, inusualmente intenso?	☐ Sí	☐ No
i. ¿Pérdida significativa de apetito?	☐ Sí	☐ No
j. ¿Dolores musculares y/o articulares generalizados inusuales o sin razón obvia (no relacionado con el esfuerzo físico)?	☐ Sí	☐ No
k. ¿Dolor de cabeza inusual?	☐ Sí	☐ No
l. ¿Ha tenido contacto con alguien que ha presentado Covid-19? Con prueba positiva para Covid-19.	☐ Sí	☐ No

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta, especifique lo siguiente:		
No. de Solicitante	No. de Pregunta	Indique: fechas inicio y término, tratamiento, estado actual, recaída, complicaciones, secuelas y demás información relevante.

SECCIÓN V. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD			
En caso de requerir reconocimiento de antigüedad por parte de MediAccess favor de llenar la información que se pide a continuación:			
	Día/Mes/Año	Número de póliza	Compañía
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

SECCIÓN VI. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Notificaciones condiciones de la póliza

Hago constar que mi agente me ha explicado las Condiciones Generales en donde se establecen los términos, exclusiones y limitaciones que contendrá la Póliza a la cual ingreso en esta solicitud. Manifiesto que otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas, aceptando las obligaciones a mi cargo como Contratante y/o Asegurado(s), y que dichas condiciones están disponibles en www.segurosmediaccess.com.mx, sin perjuicio de que me sean entregadas por parte del agente, o la propia aseguradora de forma digital, reservándome el derecho de solicitar un ejemplar impreso acudiendo a cualquiera de las oficinas de MediAccess o a través de mi agente.

Acepto seguir los procesos de MediAccess para el uso de los servicios, en términos de la póliza que me sea otorgada, así como dar cumplimiento a lo previsto en las Condiciones Generales que son aplicables de acuerdo al tipo de producto que solicito.

Acepto que la documentación de la póliza solicitada, incluyendo el presente anexo podrá ser firmado mediante firma digital que cumple con las especificaciones de la normatividad mexicana, aceptando que el certificado digital será prueba fiel para acreditar el consentimiento, entrega de la documentación y tendrá el mismo valor legal que las firmas autógrafas a efecto de validez, exigibilidad y admisibilidad de conformidad con la legislación aplicable, renunciando a cualquier reclamación, acción legal relacionada con la validez del mismo.

Para tales efectos, acepto que se entregue en formato PDF (Portable Document Format) la documentación contractual.

Así mismo confirmo el correo electrónico _____, al cual autorizo para recibir mi información y notificaciones, además de a mi agente autorizado.

Autorizo al agente que firma en Sección VIII de la solicitud, comprometiéndome a notificar de manera fehaciente a MediAccess cualquier cambio de Agente que realice durante la vigencia de la póliza.

Consiento y autorizo Firma _____

_____	_____	_____
Firma de agente	Firma del contratante y/o representante legal	Nombre del ejecutivo que recibe
		Fecha y hora de recepción

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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 22 de mayo de 2025 con el número CGEN-H0702-0005-2025/CONDUSEF-G-01368-004.