

Nombre del Contratante:		Solicitud No.:	
Nombre del Asegurado propuesto:			Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado):		Sexo:
Ocupación Actividad:		Descripción de Ocupación o Actividad:	
Nombre de la Empresa:			
Giro de la empresa:		Ingresos anuales:	
<b>1</b>	Peso ____ kg. Estatura ____ cm.		
<b>2</b>	¿Se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:		
	a) Infarto, angina de pecho, trastornos de válvulas cardíacas, soplo y/o cualquier otro problema cardíaco y/o padece o ha padecido de hipertensión o hipotensión arterial?	Si ( ) No ( )	
	b) Convulsiones y/o epilepsias, derrame cerebral, esclerosis cualquier otro problema cerebral o del sistema nervioso?	Si ( ) No ( )	
	c) Tumores malignos (cáncer), leucemia, melanoma o linfoma?	Si ( ) No ( )	
	d) Cualquier enfermedad renal y/o trastorno hepático?	Si ( ) No ( )	
	e) Asma, enfisema pulmonar, tuberculosis y/o cualquier otra enfermedad pulmonar?	Si ( ) No ( )	
	f) SIDA, resultados positivos en la prueba de VIH, Lupus?	Si ( ) No ( )	
	g) Diabetes y/o por niveles elevados de azúcar en la sangre, enfermedades tiroideas (excepto hipotiroidismo) y/o cualquier problema endocrino?	Si ( ) No ( )	
	h) Trastornos de columna vertebral, enfermedades de los huesos (excepto fractura de extremidades), de oídos o de ojos (excepto miopía, astigmatismo o hipermetropía) o de la sangre?.	Si ( ) No ( )	
<b>3</b>	¿A la fecha de firma de este cuestionario médico, tiene el conocimiento de no tener programada alguna intervención quirúrgica u hospitalización o proyectada alguna cita para practicar pruebas médicas o ya le fueron practicadas para la detección o sospecha de alguna enfermedad de la que aún no tenga el diagnóstico exacto?		Si ( ) No ( )
<b>4</b>	¿Tiene alguna enfermedad o limitación física (como la falta de un miembro o algún tipo de invalidez) que le impida o pudiera impedir en el futuro el desempeñar su actividad, profesión u ocupación actual?		Si ( ) No ( )
<b>5</b>	¿Es usted bombero, minero, obrero petrolero o trabajador en plataforma marina, o por algún motivo está usted expuesto o maneja: explosivos, armas de fuego, material biológico de riesgo, sustancias químicas peligrosas, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, radiaciones, alto voltaje, riesgo por altura, transporte en motocicleta o actividades aéreas?		Si ( ) No ( )  Especifique:
<b>6</b>	¿Practica de manera profesional algún deporte de alto riesgo y/o planea practicarlo en los próximos 12 meses? Se consideran deportes de alto riesgo: carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo de ala delta, esquí en agua o nieve, rafting o cualquier similar.		Si ( ) No ( )  Especifique:
En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas 2 a 4, proporcionar la siguiente información:			

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en la que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condiciones Actuales

Hago constar que me he informado que tanto los datos proporcionados en este cuestionario médico, así como los requisitos médicos que la Institución considere necesarios, formarán parte de la misma. Para todos los efectos que pueda tener esta declaración, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en el mismo, las he dado personalmente, que son verídicas tal y como las conozco en el momento de firmar este documento; así mismo de que cualquier omisión o falsa declaración, serán causa de rescisión de contrato sin responsabilidad para la Institución. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas en los que haya ingresado para diagnóstico y tratamiento de cualquiera enfermedad para que proporcione a HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, todos los informe que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, y que a su vez HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, proporcione a cualquier otra Institución de Seguros, la información que se derive de este cuestionario médico y de otras que sean de su conocimiento u efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación del seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona. Asimismo, los libero expresamente de cualquier responsabilidad por secreto profesional. Este cuestionario tendrá una vigencia de 30 días a partir de la fecha de suscripción.

**CLÁUSULA DE CARÁCTER GENERAL  
 CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento y enterado del alcance del aviso de privacidad, autorizo expresamente para que los datos personales, sensibles y financieros o patrimoniales proporcionados, puedan ser utilizados por HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias del Grupo HSBC, para los fines descritos, en el aviso de privacidad.

Así mismo manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

SI ( ) NO ( )

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma de asegurado propuesto \_\_\_\_\_

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la Institución.

HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC. Paseo de la Reforma 347, piso 6, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, México, Ciudad de México.

**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, partir del día 31 de julio del 2025, con el número CNSF-S0077-0261-2025 / CONDUSEF-003538-06.**