

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
 Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México.

Fecha (dd/mm/aaaa)

Folio

--	--

Nombre de la empresa	Plan	Número de empleado

1. Datos del titular y dependientes económicos

Titular

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso	Estatura
	<input type="checkbox"/> Masculino		
Teléfono	Dependencia de adscripción	Clave de dependencia	RFC con homoclave

Cónyuge

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso	Estatura
	<input type="checkbox"/> Masculino		

Hijo 1

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso	Estatura
	<input type="checkbox"/> Masculino		

Hijo 2

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso	Estatura
	<input type="checkbox"/> Masculino		

Hijo 3

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso	Estatura
	<input type="checkbox"/> Masculino		

Hijo 4

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso	Estatura
	<input type="checkbox"/> Masculino		

2. Cuestionario médico (indique las enfermedades que ha padecido o padece actualmente)

Con el fin de apoyarlo y ofrecerle un mejor servicio, agradeceremos de antemano conteste el siguiente cuestionario con toda honestidad, recordándole que en caso de alguna omisión o inexacta declaración, la Compañía de seguros tiene la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier tipo de pago a favor del Usuario (Art. 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Se informa que este cuestionario médico forma parte del seguro respectivo.

Enfermedad o pregunta	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Enfermedad o pregunta	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alguna otra enfermedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Especificar paciente y enfermedad						
¿Ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indique paciente y lesiones sufridas						
¿Ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indique paciente y padecimiento						
¿Ha sido operado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indique paciente y padecimiento						
¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indique paciente y tipo de cirugía						

En caso de desear ampliar información, incluso por falta de espacio, hacerlo en un informe anexo.

En caso de responder si a alguna pregunta, Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa se reserva el derecho de pedir información necesaria para considerar la aceptación de la(s) persona(s) al plan.

3. Datos del médico familiar

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	Núm. exterior	Edificio	Núm. interior C.P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colonia	Alcaldía o municipio	Ciudad o población	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Entidad federativa	Teléfono fijo	Teléfono móvil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

La incorporación y permanencia de los hijos menores de 25 años será hasta el aniversario 25 de edad, después de esa fecha dejará de pertenecer a la población usuaria pudiendo ser incluido en la cobertura adicional de hijos mayores de 25 hasta 29 años, con cargo total al titular previa contratación en cualquier sucursal Inbursa, de acuerdo a las Condiciones del Servicio.

Nota: Esto representa una solicitud y la fecha de inclusión al Servicio será de acuerdo a las condiciones del Servicio de Protección de Gastos Médicos Mayores.

Por este conducto me permito expresar mi consentimiento para que la Universidad Nacional Autónoma de México retenga de mis percepciones la cantidad correspondiente a fin de cubrir las cuotas del Servicio de Protección de Gastos Médicos Mayores.

Nombre y firma del solicitante

4. Para uso de la universidad

Nombramientos vigentes	Horas	Total de horas	Forma de pago
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Nómina
Calle	Colonia	Alcaldía o municipio	C.P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Cuota a cargo Usuario	Cuota a cargo UNAM	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Autorizó: Director General de Personal (nombre y firma)

Sello