

**SOLICITUD DE RIESGO PREFERENTE**

Inicial

Renovación

Cambio

No. de Póliza \_\_\_\_\_

Se le ha negado en ocasiones anteriores el descuento de riesgo preferente?:

Sí

No

En caso afirmativo señale fecha y causa:

---

---

---

Padece alguna enfermedad?: Sí  No

En caso afirmativo proporcione detalles:

---

---

Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Hipertensión arterial, problemas del corazón o varices	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hemorroides o varices	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma bronquial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlcera gástrica o duodenal, hernia hiatal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otro tipo de hernias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cálculos urinarios	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hiper o hipotiroidismo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desmayos, convulsiones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis, problemas de columna o discos intervertebrales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lesiones en rodillas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tumores	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cualquier otra enfermedad que tarde más de una semana en sanar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, proporcione detalles:

---

---

Está actualmente recibiendo cualquier tipo de tratamiento médico:

Sí  No

En caso afirmativo diga cuál:

---

---

¿Se ha sometido a alguna cirugía o tratamiento de alguna enfermedad en los últimos 5 años?:

Sí  No

En caso afirmativo proporcione detalles (fecha, tipo de cirugía, evolución y estado actual):

---

---

¿Ha sufrido alguna lesión de la cual no esté aún completamente recuperado?:

Sí  No

En caso afirmativo proporcione detalles:

---

---

Fuma?:

Sí  No

(Se pondrá como respuesta negativa solo en el caso de que no haya consumido tabaco o alguna de sus formas y en ninguna cantidad en el último año)

¿Practica algún deporte o actividad peligrosa?:

Sí  No

En caso afirmativo proporcione detalles: (tipo de actividad, frecuencia, condiciones en que la practica, etc.)

---

---

En caso de ser mujer, ¿está embarazada?:

Sí  No

¿Cuantos meses de embarazo tiene? \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido de quistes en mamas, ovarios o miomas uterinos?

Sí  No

---

Estatura \_\_\_\_\_ mts.

Peso \_\_\_\_\_ kgs.

Nombre y clave del Asesor \_\_\_\_\_

Promotoría \_\_\_\_\_

---

Firma del Solicitante

**Nota: Esta solicitud deberá ser contestada y firmada por cada una de las figuras que integren la póliza.**