



Información de la Póliza									
Fecha de solicitud Día Mes Año			No. de Póliza		Nombre del Contratante				
Condiciones Para la población de la Colectividad Potestativa UNAM II Asignatura 40 horas y menos de 40 horas (Titulares y Dependientes), para cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones del servicio en territorio nacional, podrán elegir una opción de los siguientes rangos de Límite Máximo de Responsabilidad, siempre y cuando tenga la capacidad de retención nominal para el descuento de las cuotas según corresponda y sin opción de pago de contado. 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 póliza adicional de hijos mayores de 25 hasta 29 años, con cargo total al titular previa contratación en el módulo AXA de Tienda UNAM, de acuerdo con las Condiciones del Servicio. Nota: Esto representa una solicitud y la fecha de inclusión al Servicio será de acuerdo con las condiciones del Servicio de Protección de Gastos Médicos Mayores.									
Límite máximo de responsabilidad a elegir: ☐ \$500,000 ☐ \$1,000,000 ☐ \$1,500,000 ☐ 2,000,000									
Tipo de trámite: ☐ Alta ☐ Baja ☐ Modificación									
Información de la póliza									
Datos del titular									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
RFC:			CURP:						
País de nacimiento:	Estado de nacimiento:	Nacionalidad(es):		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura		
Edad:			Fecha de nacimiento: Día Mes Año						
Correo electrónico:					Ocupación o profesión:				
Domicilio									
Calle		No. exterior	No. interior		Colonia		Código Postal		
Municipio/Alcaldía		Población o ciudad		Estado		Teléfono celular o particular			
Datos de los dependientes.									
Dependiente 1									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año		Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura		
Dependiente 2									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año		Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura		
Dependiente 3									
Apellido paterno:		Apellido materno:			Nombre(s):				
Fecha de nacimiento: Día Mes Año		Parentesco (Cónyuge /Hijo)		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Peso	Estatura		



Dependiente 4					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Fecha de nacimiento: Día Mes Año		Parentesco (Cónyuge /Hijo)	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino	Peso	Estatura

Dependiente 5					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Fecha de nacimiento: Día Mes Año		Parentesco (Cónyuge /Hijo)	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino	Peso	Estatura

Cuestionario médico						
Diagnostico o enfermedad	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
Cáncer	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Diabetes	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Hipertensión Arterial Sistémica	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Infarto Agudo al miocardio o angina	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Evento Vascular Cerebral (isquémico o hemorrágico)	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Enfermedades hepáticas	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Enfermedades renales	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
EPOC	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Enfermedades autoinmunes (Lupus, Artritis reumatoide, etc.)	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
VIH o SIDA	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Antecedentes no patológicos	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
¿Fuma?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Consume bebidas alcohólicas?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Consume o ha consumió algún tipo de droga?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

En caso de fumar, indique cuántos cigarrillos al día: () desde cuándo: () y hasta qué fecha: ()
Si consume bebidas alcohólicas indique cantidad de copas: () frecuencia (diario, semanal o mensual)
desde cuándo: () y hasta qué fecha: ()
Otros, especifique:

Actualmente alguno de los Usuarios:	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía o ha sido hospitalizado?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Ha sufrido alguna fractura o traumatismo?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Ha ingresado a un hospital o clínica o consultorio para diagnóstico, tratamiento médico, quimio o radioterapia?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Actualmente alguno de los Usuarios:	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

En caso de contestar de manera afirmativa especificar diagnóstico, paciente y tratamiento si lo conoce.						



Nota importante

Los dependientes económicos que por primera vez sean inscritos quedarán protegidos a partir de la fecha que indique el sello de la UNAM.

Aviso de privacidad

Autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA") con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México) llevar a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluidos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para fines del cuestionario médico, operación del servicio, y demás finalidades vinculadas con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada, o en su caso se vaya a celebrar y demás finalidades especificadas en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Con la firma de este cuestionario, autorizo a AXA el tratamiento de mis Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados. Si proporciono Datos de terceros, me comprometo a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral. Podré oponerme al tratamiento de mis Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx

Autorizo mediante la presente firma de forma expresa y por escrito la transferencia de mis "Datos" relativos a la siniestralidad, incluyendo datos personales sensibles, al Contratante de la misma para el trámite de mis siniestros y demás finalidades especificadas en el Aviso de Privacidad Integral.

Autorización de descuento

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 Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

La baja del seguro se efectuará en un plazo de 45 días, periodo durante el cual se realizará el proceso de cancelación del descuento por nómina.

Firma del titular	Lugar y fecha