

## CUESTIONARIO DE ASMA

(Para ser llenado por su médico tratante)

Esta información forma parte integral de la solicitud de seguro y debe ser contestado con información real y actualizada a la fecha en que sea contestado:

### DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante

Fecha de nacimiento

dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave)

Ocupación actual

Sexo Fem.  Masc.

1. Indique fecha de inicio

dd / mm / aaaa

2. ¿Cuál es el número de crisis promedio por año?

3. Fecha de la última crisis

dd / mm / aaaa

4. ¿Qué medicamentos recibe en la actualidad?

5. ¿Cuál ha sido su respuesta al tratamiento?

6. Estado actual

De acuerdo a la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

---

Lugar y fecha

Nombre, No. de cédula y firma del MÉDICO TRATANTE\*  
\*Si cuenta con cédula de especialidad, favor de indicar