

# CUESTIONARIO DE RIESGOS ESPECIALES HÁBITOS

(Para ser llenado por el médico tratante)

Esta información forma parte integrante 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. ¿Actualmente ingiere bebidas alcohólicas?

Cantidad

Clase de bebidas

Frecuencia

2. ¿Ha requerido orientación en relación a sus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas?

En que institución y que fecha

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

3. En caso de pertenecer a AA indique número de aniversarios

4. ¿Durante cuánto tiempo ingirió bebidas alcohólicas?

5. Fecha en que dejó de beber dd / mm / aaaa

6. Usa o ha usado otro tipo de sustancia como marihuana, cocaína, derivados del opio, anfetaminas, barbitúricos, etc., especifique

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