

# CUESTIONARIO SOBRE HIPERLIPIDEMIAS, ELEVACIÓN DE NIVELES DE COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS

(Para ser llenado por el solicitante)

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 qué tipo de alteración concreta le han detectado.

Elevación aislada o persistente de colesterol

Elevación aislada o persistente de triglicéridos

Elevación de ambos parámetros

Otras alteraciones (disminución de HDL, elevación de LDL)

2. Indique, si las conoce, cifras que ha presentando.

3. Indique el tratamiento que sigue actualmente.

4. ¿Con qué periodicidad visita al médico para su control?

5. Indique si le han detectado algún tipo de estas alteraciones asociadas, en caso afirmativo especifique fechas, tipo y situación.

a. Obesidad

b. Hipertensión arterial

c. Elevación de glucosa

d. Elevación ácido úrico

e. Alteraciones cardiovasculares

f. Otras alteraciones

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

---

Firma del SOLICITANTE