

Questionario de asma (gastos médicos mayores)

Este documento deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y tinta negra.

Datos generales del solicitante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____

1. Indicar la fecha de inicio: _____

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

3. Fecha de la última crisis: _____

4. ¿Cuál es el tratamiento que recibes? _____

5. Estado actual de salud: _____

El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Firma del médico tratante

Lugar y fecha de firma

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de diciembre de 2015, con número CGEN-S0034-0229-2015.