

Cuestionario epilepsia (gastos médicos mayores)

Este documento deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y tinta negra o por el solicitante en caso de no contar con uno.

Datos generales del solicitante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____

1. Indica la fecha de la primera crisis: _____

2. ¿Tipo de epilepsia? _____

3. ¿Cuántas crisis se presentaron en el último año? _____

4. ¿Cuánto dura cada crisis? _____

5. Fecha de la última crisis: _____

6. ¿Qué tratamiento has recibido en los últimos 2 años? _____

7. Fecha de la última consulta: _____

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 / solicitante

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.