



Número de Póliza: \_\_\_\_\_

## Datos del Asegurado

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento DD / MM / AA ____/____/____	Edad ____	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		Número de ID ____	Tipo de ID ____	País de Nacimiento ____

1. ¿Cuál fue su diagnóstico exacto?

2. Datos del doctor que lo atiende

Nombre ____	Dirección ____	Teléfono ____
----------------	-------------------	------------------

3. ¿Cuándo le fue diagnosticado por primera vez este antecedente?

4. ¿Cuáles son sus síntomas actuales?

5. ¿Cuándo tuvo el último ataque?

6. ¿Bajo qué circunstancias le sobrevienen los ataques? ☐ Ejercicio ☐ Estrés ☐ Alergia ☐ Otros, detalle \_\_\_\_\_

7. ¿Qué medicamentos ha tomado en el pasado y/o está tomando actualmente? (Por favor indique)

Nombre del medicamento ____	Dosis ____	Fecha ____
--------------------------------	---------------	---------------

8. ¿Ha tomado alguna vez esteroides? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo facilite fechas y dosis)9. ¿Sigue usted un control y/o seguimiento médico? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo facilite detalles)10. ¿Ha tenido que ser ingresado debido a este antecedente médico? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo indique fechas y hospital)11. ¿Le han realizado estudios especializados por esta condición? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indique detalles y fechas)12. ¿Ha estado usted incapacitado por esta condición médica? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indique fechas y duración)13. ¿Se despierta usted por la noche debido a su padecimiento? ☐ No ☐ Sí

14. ¿Cuáles han sido los resultados más recientes de las pruebas de función respiratoria que le han realizado?



15. ¿Es usted fumador o fumó en el pasado?

☐ No

☐ Sí (En caso afirmativo, indique cantidad diaria)

16. Notas o comentarios adicionales

### Declaración y Firma del Asegurado

Por la presente declaro que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender, y autorizo a la Compañía a la verificación de las mismas. Este cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro de vida/plan de educación/plan de retiro. Cualquier declaración falsa será considerada fraude. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Fecha