



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. ¿Cuándo fue diagnosticado por primera vez su condición de epilepsia?

2. Datos del doctor que lo atiende

Nombre:	Dirección:	Teléfono:
---------	------------	-----------

3. ¿Cuál es su diagnóstico exacto (tipo de epilepsia)?

4. Indique los estudios que le han efectuado y los resultados obtenidos

Nombre del estudio:	Resultado:
---------------------	------------

5. ¿Por favor indique la siguiente información en relación a sus eventos epilépticos?

Frecuencia y severidad:	Duración:	Fecha del último evento:
-------------------------	-----------	--------------------------

6. ¿Qué medicamentos ha tomado en el pasado y/o toma actualmente para controlar su condición?

Medicamentos tomados en el pasado:	Medicamentos que toma actualmente:
------------------------------------	------------------------------------

7. ¿Sigue algún tratamiento o control adicional? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)8. ¿Ha estado usted incapacitado debido a esta condición? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar)

Tiempo:	Motivo:
---------	---------

9. ¿Dispone usted de licencia de conducir vigente? ☐ Sí ☐ No (En caso negativo, dar detalles del porqué)

10. 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