



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. Indique cuál es su Diagnóstico exacto

2. Datos del doctor que lo atiende o atendió:

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

3. ¿En qué fecha fue usted diagnosticado?

4. ¿Le han sido realizados a usted electrocardiogramas, ecocardiogramas o enzimas cardíacas para confirmar el diagnóstico? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo dar detalle del estudio y resultados)

5. Por favor, facilitar copia de resultados de angiografía, cateterismo o cualquier prueba cardíaca que le hayan practicado

6. Si en posteriores investigaciones o ECG practicados se han observado cambios significativos, facilite detalles

Facilite los detalles de los episodios iniciales y consecutivos que usted ha sufrido:

Fechas (s)	Diagnóstico	Tratamiento	Período del Tratamiento	Tiempo de Incapacidad	Hospitalizado
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

8. ¿Continúa usted bajo tratamiento? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo dar detalle)9. ¿Continúa usted padeciendo síntomas? ☐ No ☐ Sí10. ¿Existen antecedentes de padecimientos isquémicos en su familia? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar)

Familiar	Edad	Condición médica	Estado de salud actual
----------	------	------------------	------------------------



11. ¿Tiene o ha tendido usted hábitos presentes o pasados como tabaquismo, alcohol? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles)

12. Detallar si tiene familiares con padecimientos isquémicos

Familiar	Edad	Estado de salud actual

13. 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