



**Cuestionario de Asma**  
(Para ser llenado por el solicitante)

Derivado de la información declarada por usted en la solicitud No. \_\_\_\_\_  
necesario nos proporcione la siguiente información adicional:

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

1. Indique la fecha de inicio: \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el número de crisis promedio por año?: \_\_\_\_\_
3. Indique la fecha de la última crisis \_\_\_\_\_
4. ¿Qué medicamentos recibe en la actualidad?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Cuál ha sido su respuesta al tratamiento?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Cual es su estado de salud actualmente?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Indique el nombre y teléfono de su Médico Tratante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importante que se pregunten, podría originar la pérdida de los derechos del solicitante o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha