



## Cuestionario de Corazón (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: \_\_\_\_\_

¿Su Cardiopatía es congénita?: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de defecto padece?: \_\_\_\_\_

Indique la fecha en que inició su padecimiento \_\_\_\_\_

Indique los estudios que se le han practicado, especialmente cardíacos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique el tratamiento (medico o quirúrgico) que ha recibido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado de salud actual? \_\_\_\_\_

Nombre de instituciones o médicos tratantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Menciona si ha padecido algún otro tipo de cardiopatía o enfermedades de la circulación  
(vasos sanguíneos, arterias y venas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\* Favor de anexar a este cuestionario un informe médico actualizado 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 importantes 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