

Trastornos gastrointestinales - Solicitante

Nombre completo:

Número de la solicitud:

1. ¿De qué trastorno gastrointestinal padece o padeció?

2. En cuanto a los síntomas:

a) Describa sus síntomas

b) ¿Cuándo se presentaron los síntomas por primera vez?

c) ¿Con qué frecuencia se han presentado los síntomas, por ejemplo, en los últimos 12 meses?

d) ¿Cuándo se presentaron los síntomas por última vez?

e) ¿Están sus síntomas relacionados con algún factor en concreto, como estrés, consumo de alcohol, dieta, etc.?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto y explique qué hace usted para evitar dichos factores.

3. Atención médica:

a) Indique el nombre y dirección del médico que lo atiende en relación con esta enfermedad.

b) ¿Con qué frecuencia va usted a ver a este médico y cuándo fue su última cita?

c) ¿Se le han hecho estudios en relación con esta enfermedad o está planeado alguno?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo las fechas y resultados de dichos estudios.

4. Tratamiento:

a) ¿Se le ha operado en relación con esta enfermedad o está planeada una operación? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) y todos los datos al respecto, incluyendo los nombres del hospital y del médico cirujano.

b) Indique la medicación que ha tomado en los últimos dos años para tratar esta enfermedad, p. ej. Zantac, Gaviscon, y la frecuencia con que la toma.



3724-103-53659 D.V. 43

Compañía de Seguros, S.A.

c) Si usted ya no necesita medicamentos, incluyendo fármacos no recetados, indique cuándo fue la última vez que los tomó.

5. Indique las fechas y la duración de toda ausencia del trabajo causada por esta enfermedad.

6. Hábitos:

a) ¿Cuánto alcohol consume a la semana?

Si no consume nada, indique si jamás ha bebido en su vida o, en todo caso, la fecha en la que dejó de beber y por qué lo hizo.

b) ¿Ha fumado alguna vez cigarrillos o alguna otra forma de tabaco? En caso afirmativo, ¿cuánto fuma al día o a la semana?

Si ha dejado de fumar, indique la fecha en que lo hizo.

7. Proporcione toda información adicional relativa a su enfermedad, que usted considere útil para la gestión de su solicitud de seguro.

Declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas son ciertas y que no he ocultado ninguna información fundamental que pueda influir en la evaluación o aceptación de la presente solicitud de seguro.

Consiento en que el presente cuestionario forme parte de mi solicitud de seguro y en que si llegase a ocultar un hecho esencial de mi conocimiento, el contrato podrá ser declarado nulo.

Firma

Fecha