

Gota

(Para ser llenado por el solicitante)

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Fecha de
Nacimiento: / /

Por favor, indicar:

Tu estatura:

cm.

Tu peso

kg.

Enfermedad

Si

No

Respuesta

¿Cuándo tuviste tu primer ataque de gota?			
¿Cuáles fueron los síntomas? ¿Qué articulaciones fueron las afectadas?			
¿Cuántos ataques has tenido?			
¿Cuál ha sido la duración de cada ataque? ¿Hubo respuesta al tratamiento? ¿Qué tan graves han sido los ataques?			
¿Alguno de los ataques te ha obligado a restringir tus actividades o ausentarte del trabajo?			En caso afirmativo, favor proporcionar detalles completos.
Por favor describe el tratamiento que hayas o estés recibiendo			
Fecha y resultado de la última determinación de ácido úrico.			

Cuestionario de antecedentes médicos

Enfermedad	Si	No	Respuesta
Favor proporcionanos el nombre y el centro de atención del último médico que hayas consultado.			

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad de la póliza. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras dolencias, a revelar a la compañía todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarnos sus servicios, Además declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía.

Lugar y fecha de la declaración

Firma del asegurable

Firma del agente