

## “CUESTIONARIO DE EPILEPSIA”

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

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

Indique fecha de la primera crisis: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de epilepsia le diagnosticaron?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los síntomas que presenta cuando le dan las crisis?

---

---

Indicar el número de crisis que se le han presentado en el año:

---

¿Ha tenido estados epilépticos o varias crisis en el mismo día?: \_\_\_\_\_

Fecha de la última crisis: \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos ha recibido en los últimos 2 años y cuál recibe en la actualidad?: \_\_\_\_\_

¿Cuál ha sido la respuesta al tratamiento y cual es su estado de salud actual?: \_\_\_\_\_

**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