

Se previene al contratante y al solicitante que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere este cuestionario, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario, en caso de aceptación del riesgo.

CUESTIONARIO CÁNCER

1. ¿Le han diagnosticado cáncer?

Titular	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cónyuge	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 1	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 2	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 3	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

2. ¿Ha consultado algún médico por tumoraciones, crecimientos anormales o cáncer?

Titular	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cónyuge	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 1	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 2	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 3	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Cuándo y por qué razón?

3. ¿Ha recibido o se encuentra bajo algún tratamiento médico por tumoraciones, crecimientos anormales o cáncer?

Titular	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cónyuge	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 1	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 2	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 3	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. ¿Le han realizado alguna tomografía, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones (PET) biopsias, estudio endoscópico o algún otro estudio por tumoraciones o cáncer?

Titular	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cónyuge	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 1	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 2	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 3	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Cuándo y por qué razón?

5- ¿Ha tenido alguno de los siguientes signos y/o síntomas de forma recurrente, progresiva y sin causa aparente en los últimos 12 meses?

Titular	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cónyuge	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 1	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 2	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dependiente 3	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- ☐ • Aparición de inflamaciones y/o protuberancias en cualquier región del cuerpo.
- ☐ • Sangrado inusual o amoratamientos en cualquier parte del cuerpo.
- ☐ • Pérdida de peso de 10 o más kg en el último año, sin explicación.
- ☐ • Cambios en los hábitos intestinales, tal como estreñimiento o diarrea que no desaparece, cambio en el aspecto de las heces o, presencia de sangre en orina o heces.
- ☐ • Cambio en la forma o coloración de lunares.

Fecha _____

Nombre y Firma _____