



### Datos del Asegurado

Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido				
Fecha de Nacimiento día / mes / año			Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)			Número de ID		Tipo de ID		País de Nacimiento	

1. Indique fecha y motivo por el que se realizó la mamoplastia: ☐ Aumento ☐ Reducción ☐ Reconstrucción Provea detalles:

2. ¿Cuál fué el diagnóstico?

3. ¿Se realizó estudios previos al diagnóstico? ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo detalle:

4. ¿Tiene algún tratamiento médico? ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo indicar:

Fecha de Inicio y por cuánto tiempo:

Medicamentos:

Frecuencia de los medicamentos:

5. ¿Hay algún antecedente de uno o más familiares en primer grado, menores de 50 años con diagnóstico de cáncer de mama o de ovario? ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo indicar:

Parentesco:

Estado Actual:

6. ¿Se le realizaron revisiones/pruebas post-quirúrgicas? ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo indicar:

☐ Radiografías ☐ Mastografías ☐ Ultrasonido ☐ Otros Explique en detalle para cada una:

Nombre de la(s) prueba(s) médica(s):

Fecha de la(s) prueba(s):

Resultado de la(s) prueba(s):

7. ¿Existe la probabilidad de una nueva cirugía de seno? ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo indicar:

Fecha de la nueva cirugía:

Motivo de la nueva cirugía:

8. ¿Ya fué dada de alta? ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo indicar:

Fecha de la última revisión:

### Declaración y firma del Asegurado

Por la presente declaro que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender, y autorizo a la Compañía a la verificación de las mismas. Este cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro de vida / plan de educación / plan de retiro. Cuquier declaración falsa será considerada fraude. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre del Asegurado	Firma del Asegurado	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Yo, como médico tratante del Solicitante certifico que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender. Consiento que se conserve esta planilla en su formato electrónico y la copia pueda ser tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Firma y Sello del Médico Tratante	Fecha
---------------------------------------	-----------------------------------	-------