



Número de Póliza: _____

Datos del Asegurado

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

1. ¿Cuándo le fue detectado a usted el tumor por primera vez?

2. Datos del doctor que lo atiende:

Nombre: ____	Dirección: ____	Teléfono: ____
-----------------	--------------------	-------------------

3. ¿Dónde está situado el tumor o cuál es el órgano afectado?

4. ¿Cuál fue el resultado del estudio histopatológico del tumor?

5. Favor indicar el Tamaño del tumor cuando fue diagnosticado

6. ¿En qué fase se encontraba el tumor al iniciar el tratamiento?

- ☐ Localizado en el órgano de origen ☐ Propagado a los vasos sanguíneos cubriendo la membrana del órgano de origen o los tejidos contiguos
- ☐ Invasión de un tercio o menos de los ganglios linfáticos regionales ☐ Invasión de más de un tercio de los ganglios linfáticos regionales
- ☐ Metástasis distante ☐ Otros, detalle: _____

7. ¿Ha sido usted intervenido quirúrgicamente por esta condición o tiene planificado hacerlo?

- ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles completos y fechas)

8. ¿Ha tenido usted recientemente algún síntoma de recurrencia o recaída? ☐ No ☐ Sí9. ¿Ha tenido usted complicaciones debidos al tumor diagnosticado? ☐ No ☐ Sí

10. Notas o comentarios adicionales:

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. Cualquier 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