



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. ¿Ha tenido alguna vez un sangrado vaginal anormal? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)

Tratamiento:

Diagnóstico:

2. ¿Es la menstruación normal desde entonces? ☐ No ☐ Sí

Fecha de la última menstruación:

Sangrado:

3. ¿Sigue algún control o tratamiento? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

Motivo:

Resultado:

4. ¿Le han practicado una Histerectomía? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

Motivo:

Resultado:

5. ¿Sigue algún otro tratamiento adicional? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)6. ¿Está usted bajo control médico? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)7. ¿Existen otros problemas ginecológicos? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)

8. 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