

## Datos del Asegurado

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido

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

¿Cuál fué el diagnóstico?

¿Se realizó estudios previos al diagnóstico?

No  Sí, en caso afirmativo detalle:

2. ¿Tiene algún tratamiento médico?

No  Sí, en caso afirmativo indicar:

Fecha de Inicio y por cuánto tiempo:
Medicamentos:
Frecuencia de los medicamentos:

3. ¿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:

4. ¿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):

5. ¿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:

6. ¿Ya fué dada de alta?

No  Sí, en caso afirmativo indicar:

Fecha de la última revisión:
------------------------------

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.

\_\_\_\_\_  
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