

Operaciones Ginecobstétricas

(Para ser llenado por el solicitante)

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Fecha de
Nacimiento.

/ /

Por favor, indicar:

Tu estatura:

cm.

Tu peso

kg.

Enfermedad

Si

No

Respuesta

Por favor Indicar el diagnóstico y razones del tratamiento

Fecha del tratamiento quirúrgico

Indicar el nombre del médico tratante

Indique el lugar (hospital, clínica)

¿Tienes conocimiento del resultado de la biopsia?

En caso afirmativo, favor indicarnos cual es:

¿Recibiste tratamiento adicional luego de la operación o lo recibes actualmente?

En caso afirmativo, favor detallar:

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad de la póliza. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras dolencias, a revelar a la compañía todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarnos sus servicios. Además declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía.

Lugar y fecha de la declaración

Firma del asegurado

Firma del agente