

## 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