

## “CUESTIONARIO DE CANCER” (Para ser llenado por el solicitante)

Derivado de la información declarada por usted en la solicitud No. \_\_\_\_\_, es necesario nos proporcione la siguiente información adicional:

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Indique la fecha en que inició el padecimiento: \_\_\_\_\_

En caso de ya no tener cáncer, indique la fecha en que fue dado de alta \_\_\_\_\_

Indique el sitio de localización: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su evolución?: \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento se le dio?: \_\_\_\_\_

¿El tratamiento fue cirugía, quimioterapia, radioterapia?: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico tratante: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está bajo tratamiento?, indique cual:

\_\_\_\_\_

¿Cuál fue el resultado del estudio histopatológico? \_\_\_\_\_

¿Conserva el resultado del estudio? Favor de anexar fotocopia \_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten, podría originar la pérdida de los derechos del solicitante o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha