

Cuestionario sobre quistes, masas, formaciones anormales y tumores – Solicitante

Nombre completo:

Número de la solicitud:

1. ¿Cuándo se detectó por primera vez el quiste, masa, formación anormal o tumor?

2. Indique el diagnóstico exacto, si lo conoce.

3. ¿En qué parte del cuerpo se localiza? Si se encuentra en más de un lugar, proporcione información sobre la(s) principal(es) área(s) afectada(s), así como el número (aproximado) de quistes, masas o tumores.

4. ¿Se trataba de un proceso benigno o maligno?

5. ¿Se extirpó?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, proporcione los siguientes datos:

a) Fecha de la excisión.

b) Método de la excisión: anestesia local, criocirugía, operación con anestesia general, etc.

c) Resultados de la cirugía.

d) Nombre y dirección del doctor que llevo a cabo la cirugía.

De no haberse extirpado, proporcione los siguientes datos:

a) Información relativa a los estudios realizados, incluyendo fecha(s) y resultados de las pruebas.

b) Datos sobre el tratamiento o cirugía propuestos.

6. ¿Ha recibido otro tipo de tratamiento, por ejemplo, tabletas, radioterapia, quimioterapia?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo el nombre de los fármacos y las fechas:

7. Proporcione información sobre cualquier tipo de consejo o seguimiento recomendado.



3724-103-53659 D.V. 43

Compañía de Seguros, S.A.

8. ¿Ha habido alguna recurrencia?

9. ¿Se le ha dicho algo en relación con las perspectivas o el pronóstico?
En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto.

Sí ☐ No ☐

10. ¿Ha tenido que ausentarse mucho del trabajo (más de una semana) a consecuencia de esta enfermedad?

 En caso afirmativo

proporcione información al respecto, incluyendo fechas

y duración de la ausencia laboral.

11. Adjunte copias de todos los informes o cartas que haya recibido en relación con los resultados de la cirugía, si dispone de ellos.

Declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas son ciertas y que no he ocultado ninguna información fundamental que pueda influir en la evaluación o aceptación de la presente solicitud de seguro.

Consiento en que el presente cuestionario forme parte de mi solicitud de seguro y en que si llegase a ocultar un hecho esencial de mi conocimiento, el contrato podrá ser declarado nulo.

Firma

Fecha