

**CONTRATO PLAN COMPLEMENTARIO PREPAGADO ONCOLÓGICO
DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el CONTRATANTE, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos de cada una de las personas propuestas en la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN como AFILIADOS. Asimismo autoriza a ONCOSALUD S.A.C. si lo considera necesario poder tener acceso a la revisión de la historia clínica de los solicitantes que declara con fines de auditoría, fiscalización, continuidad y control de beneficios.

Marque con "X" según corresponda: Si alguna de las respuestas es positiva, ampliar la información solicitada

Preguntas	Persona propuesta para afiliación											
	Titular		D 1		D 2		D 3		D 4		D 5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 ¿Tiene o ha tenido cáncer o alguna enfermedad oncológica?												
2 ¿Alguna vez se ha realizado o tiene pendiente la realización o los resultados de alguna biopsia, endoscopia, colonoscopia o cirugía?												
3 ¿Le han realizado alguna mamografía o ecografía de mamas en la que le han indicado realizarse una biopsia?												
4 ¿Está en tratamiento por alguna enfermedad de la próstata?												
5 ¿Padece o ha padecido algún tipo de enfermedad a la Sangre o los ganglios? (Incluyendo por ejemplo leucemia, linfomas, Policitemia Vera, etc.)												
6 ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: Cirrosis, Hepatitis Crónica, Hepatitis C, Hemocromatosis o Insuficiencia hepática?.												
7 ¿Está siendo estudiada o tiene diagnóstico de: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?												
8 ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: Insuficiencia renal, respiratoria y/o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); Esófago Barret, pólipos de colon-recto, papiloma virus?.												
9 ¿Ha sido diagnosticado, ha recibido o recibe atención médica y/o tratamiento de tumores benignos o malignos? (Incluyendo cualquier tipo de cáncer, leucemia, linfomas, Enfermedad de Hodgkin, melanomas, carcinomas, sarcomas, etc.).												
10 ¿Tiene alguna condición de salud que aún no tiene diagnóstico definitivo?												
11 ¿Fuma o ha fumado más de 20 cigarrillos diarios en algún momento de su vida?												
12 ¿Tiene diagnóstico o esta siendo estudiada por Síndrome de Lynch?												

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro.

Nombre y Apellidos de la persona propuesta para afiliación	Nº de Pregunta contestada afirmativamente	Diagnóstico o Dolencia	Fecha de Diagnóstico	Cirugía o Procedimiento realizado	Fecha de Cirugía	Clínica/ Hospital	Médico tratante

Recuerde que todas las preguntas son obligatorias, por favor revise haber contestado a todas las preguntas de este formulario. Si alguna pregunta no es contestada, la solicitud no se procesará y será devuelta; o en su defecto podría ser considerada como ocultamiento o reticencia de información.

La firma del presente documento por el Contratante constituye la aceptación de la información proporcionada en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD.

Juan Carlos Rodríguez Jaillier
C.E. 000804277
Gerente General

Fecha

Firma del Contratante
Doc. Identidad