

**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	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