

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD ONCOLÓGICO**

Nº _____

OBSERVACIONES IMPORTANTES: Realice sus declaraciones con precisión y franqueza, empleando letra clara y legible. Si padece de alguna enfermedad grave, indíquela sin temor. Es preferible evitar controversias por falta de declaración y/o declaración fraudulenta. La declaración auténtica no será discutida por esta IAFAS – FOSFAP. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una respuesta, puede adjuntar una hoja aportando mayores antecedentes. Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones ni correcciones. Usar un mismo color de lapicero.

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **DNI:** _____

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1.- ¿Te han diagnosticado, has recibido tratamiento, conoces tener o padecer o haber padecido de cáncer o tumor maligno o enfermedad oncológica?								
2.- ¿Te realizarás o te encuentras realizando pruebas y/o exámenes para descarte de enfermedad oncológica?								
3.- ¿Fumas o has fumado diariamente 20 o más cigarrillos?								
4.- ¿Tus padres o hermanos padecen o han padecido o fallecido de cáncer a la mama o al colon? Detalla diagnóstico e indica parentesco:								

Si alguna respuesta fue afirmativa por favor indicar:

Número de la pregunta que contestó	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad, dolencia o tratamiento	Fecha de la atención y lugar (clínica o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

Confirmo la exactitud y la veracidad de la presente declaración, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado(a) que la presente declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de IAFAS – FOSFAP y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad del Contrato. Asimismo, declaro tener conocimiento que IAFAS – FOSFAP podrá disponer la práctica de exámenes médicos, si fuera necesario.

Lugar: _____

Fecha: / /

Firma