

SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

Información del asegurado principal

Nombre y Apellidos completos

Número de póliza

Historial médico

Por favor indique si alguno de los solicitantes tiene, ha tenido o ha sido diagnosticado o recibido tratamiento por:

1 Desórdenes de la visión	SÍ	NO
2 Convulsiones u otro desorden neurológico	SÍ	NO
3 Desórdenes del corazón, falta de aire, fiebre reumática, defectos cardíacos u otro desorden cardiovascular	SÍ	NO
4 Enfermedades pulmonares, enfisema u otro desorden respiratorio	SÍ	NO
5 Enfermedades del páncreas, esófago, estómago, intestinos, hígado y otro desorden digestivo	SÍ	NO
6 Desórdenes renales, cálculos, albúmina o sangre en la orina, desórdenes de la vejiga urinaria y otro desorden del tracto urinario	SÍ	NO
7 Desórdenes músculo-esqueléticos	SÍ	NO
8 Cáncer o tumores	SÍ	NO
9 Anemia, leucemia, linfoma o desórdenes del bazo, los ganglios linfáticos u otro desorden de la sangre	SÍ	NO
10 Diabetes u otro desorden endocrino	SÍ	NO
11 Desórdenes de los órganos reproductores	SÍ	NO
12 Desórdenes de las mamas, ovarios, trompas de falopio y otro desorden ginecológico	SÍ	NO
13 Desórdenes de la piel	SÍ	NO
14 Desórdenes congénitos o hereditarios	SÍ	NO
15 Cualquier enfermedad, lesión, accidente o defecto no mencionado anteriormente	SÍ	NO
16 Cualquier trasplante de órgano, células o tejido	SÍ	NO
17 O se le ha recomendado un trasplante de órgano, células o tejido	SÍ	NO

Por favor proporcione detalles sobre cualquier respuesta afirmativa:

Número	Nombre completo del solicitante	Desde	Hasta
--------	---------------------------------	-------	-------

Condición, cirugía o tratamiento

Nombre del médico y hospital

Teléfono

SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

Historial médico

Número	Nombre completo del solicitante	Desde	Hasta
--------	---------------------------------	-------	-------

Condición, cirugía o tratamiento

Nombre del médico y hospital

Teléfono

Número	Nombre completo del solicitante	Desde	Hasta
--------	---------------------------------	-------	-------

Condición, cirugía o tratamiento

Nombre del médico y hospital

Teléfono

Número	Nombre completo del solicitante	Desde	Hasta
--------	---------------------------------	-------	-------

Condición, cirugía o tratamiento

Nombre del médico y hospital

Teléfono

Firma del solicitante

Por este medio certifico a mi mejor conocimiento que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud, y que las mismas son completas y verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta pudiera causar la denegación de una reclamación que de otra forma sería válida. Entiendo que el término "solicitante" aplica a todos los integrantes de la póliza.

Fecha	Firma del Asegurado Principal
-------	-------------------------------

Fecha	Firma del Cónyuge
-------	-------------------