SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

Para ser completada por el Asegurado Principal
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Número de póliza			

2. 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:			
#	Nombre del solicitante		Condición, cirugía o tratamiento
	Apellido Nombre Inicial		
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
#	Nombre del solicitante		Condición, cirugía o tratamiento
	Apellido Nombre Inicial		
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
#	Nombre del solicitante		Condición, cirugía o tratamiento
	Apellido Nombre Inicial		
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
#	Nombre del solicitante		Condición, cirugía o tratamiento
	Apellido Nombre Inicial		
Desde	Hasta	Nombre del médico y hospital	Teléfono
DD / MM / AA	DD / MM / AA		

3. 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	DD / MM / AA	Firma del Asegurado Principal	
Fecha	DD / MM / AA	Firma del Cónyuge	