

SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

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

Código:

R.A.:APS/DS/ N°1324/2020



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	