

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