

# 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   | <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             |  |