

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	

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com