SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Para pólizas vigentes
(POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA)

1 Información del Asegurado Pricipal

Nombre: _____ Apellido Nombre Inicial	Número de Póliza : _____

2 ¿Alguno de los propuestos asegurados ha tenido o ha sido diagnosticado o tratado por:

a. desórdenes de la visión?	❍ Sí	❍ No
b. convulsiones u otro desorden neurológico?	❍ Sí	❍ No
c. desórdenes del corazón, falta de aire, ebre reumática, defectos cardíacos u otro desorden cardiovascular?	❍ Sí	❍ No
d. enfermedad pulmonar, en sema u otro desorden respiratorio?	❍ Sí	❍ No
e. enfermedad del páncreas, esófago, estómago, intestinos, hígado u otro desorden digestivo?	❍ Sí	❍ No
f. desórdenes renales, cálculos, albúmina o sangre en la orina, desórdenes de la vejiga urinaria, u otro desorden del tracto urinario?	❍ Sí	❍ No
g. desórdenes músculo-esqueléticos?	❍ Sí	❍ No
h. cáncer o tumores?	❍ Sí	❍ No
i. anemia, leucemia, linfoma o desórdenes del bazo, los ganglios linfáticos u otro desorden de la sangre?	❍ Sí	❍ No
j. diabetes u otro desorden endocrino?	❍ Sí	❍ No
k. desórdenes de los órganos reproductores?	❍ Sí	❍ No
l. desórdenes de los senos, ovarios, útero, trompas de Falopio u otro desorden ginecológico?	❍ Sí	❍ No
m. desórdenes de la piel?	❍ Sí	❍ No
n. desórdenes congénitos o hereditarios?	❍ Sí	❍ No
o. cualquier enfermedad, lesión, accidente o defecto no mencionado anteriormente?	❍ Sí	❍ No

3 ¿A alguno de los propuestos asegurados alguna vez:

p. se le ha efectuado un trasplante de órgano o tejido?	❍ Sí	❍ No
q. se le ha recomendado un trasplante de órgano o tejido?	❍ Sí	❍ No

Por favor proporcione detalles sobre cualquier respuesta a rmativa.

Pregunta (letra)	Nombre del Asegurado	Condición, Cirugía o Tratamiento	Fecha Desde	Fecha Hasta	Nombre y teléfono de médicos y hospitales

Por este medio certi co que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud, y que las mismas son completas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta pudiera causar la denegación de un reclamo que de otra forma sería válido.

Entiendo que el término "asegurado" aplica a todos los integrantes de la póliza.

Firma del Asegurado Principal	Firma del Cónyuge	Fecha: ____/____/____ Mes Día Año

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Blvd. Manuel Avila Camacho No. 88; Piso 5, Torre Picasso, Col. Lomas de Chapultepec
Tel: 52.02.17.01 Fax: 52.02.20.97