

# SOLICITUD DE COBERTURA DE CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES

Worldwide Travel Options



(Por favor en letra de imprenta)

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO	
Número de póliza	<input type="text"/>
Fecha de partida (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>
Destino	<input type="text"/>
Nombre(s)	<input type="text"/>
Apellido(s)	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>
Sexo (M/F)	<input type="checkbox"/>
Residencia permanente	<input type="text"/>
Residencia permanente	<input type="text"/>
Código postal	Ciudad <input type="text"/>
País	<input type="text"/>
Teléfono	Fax <input type="text"/>
Móvil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Fecha de regreso (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>	

  

INFORMACIÓN PROVISTA POR EL MÉDICO TRATANTE	
Diagnóstico:	<input type="text"/>
Tipo y envergadura del tratamiento realizado:	Fecha (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>
Hospitalización o tratamiento médico -en conexión con la enfermedad o con sus consecuencias o complicaciones- ocurridos durante los seis meses previos a la partida:	<input type="text"/>
Tratamiento médico actual y cambios de medicación durante los seis meses previos a la partida, si los hubiera:	<input type="text"/>
Chequeos o tratamientos previstos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
Tipo de tratamiento:	Fecha (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>
Otras observaciones:	<input type="text"/>
Firma y sello del médico tratante	Fecha

Por favor, tenga en cuenta que cualquier posible honorario relacionado con la obtención de esta información medico correrá a cargo del solicitante mismo.

28954-45\_Worldwide Travel Options\_SPA\_App Pre-Existing