

# Solicitud de Reinstalación



MORGANWHITE  
ADMINISTRATORS  
INTERNATIONAL, INC.

## Parte 1- INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Apellidos:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:
No. Póliza	Correo Electrónico:	Tel. Residencia/ Celular:	

## Parte 2- CUESTIONARIO MEDICO

A alguno de los miembros de la póliza se le ha recomendado o ha recibido consultas, cuidado o tratamiento medico o toma algún medicamento para: (Por favor, circule cada condición)	Si	No	Si su respuesta es afirmativa, provea los detalles y el nombre del asegurado
(a) El corazón o el sistema circulatorio (Infarto, presión arterial alta, angina, fiebre reumática, defecto cardiaco, arritmias, enfermedades de las venas o arterias y otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(b) El sistema respiratorio (otitis, desviación del tabique nasal, sinusitis, pólipos o quistes, asma, bronquitis, enfisema, bronquiectasia, tuberculosis y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) El sistema gastrointestinal (reflujo gastroesofágico, colon irritable, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, colitis, hernia hiatal, gastritis, ulcera gástrica o duodenal, duodenitis, divertículos, diverticulitis, pólipos, enfermedades de la vesícula biliar y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) El sistema urinario (enfermedades del riñón, uréteres, vejiga, uretra, cálculos, infecciones, trastornos de la vejiga, enfermedades de la próstata y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(e) El sistema musculo-esquelético (trastornos de la espalda, de la medula espinal, reumatismo, artritis, artrosis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidades óseas o articulares, disco herniado, cirugía de remplazo articular y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(f) Trastornos neoplásicos (tumores benignos o malignos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(g) El sistema endocrino (enfermedades de la glándula Hipófisis, Tiroides, Paratiroides, Diabetes, trastornos de los ovarios y de las glándulas suprarrenales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(h) Enfermedades transmitidas sexualmente o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o CRS ( complejo relacionado al SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(i) El sistema reproductivo femenino (trastornos del ciclo menstrual, ovarios, útero, incluyendo el cuello uterino, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, trompas de Falopio, vagina, abortos, parto por cesárea y otros) Trastornos de las mamas (enfermedades fibroquísticas, tumor y otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(j) Sistema reproductivo masculino (próstata, testículos, pene y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(k) El sistema neurológico ( convulsiones, Epilepsia, parálisis, Esclerosis Múltiple, infarto cerebral, enfermedad de Alzheimer, demencia y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(l) Trastornos del hígado (hígado graso, cirrosis, hepatitis y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(m) Trastornos de la piel ( acné, psoriasis, melanomas, carcinomas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(n) El sistema hematológico y linfático (anemia, leucemias, Mieloma Múltiple, trastornos del bazo y otros trastornos de la sangre y coagulación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ñ) Enfermedades del Colágeno (Artritis Reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, Escleroderma y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(o) Usted o algún familiar solicitando reinstalación de esta póliza ha sido adicto a drogas o alcohol ; usa o ha usado drogas sin prescripción médica; esta o ha estado participando en un programa de rehabilitación por adicción o abuso de sustancias intoxicantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(p) Ha recibido tratamiento o ha sido diagnosticado por cualquier trastorno o condición no mencionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año