

# Solicitud de Reinstalación



**INTERNATIONAL**

A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801  
Coral Gables, FL 33134

## Parte I: Información del Asegurado Principal

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre
Número de cliente	Correo electrónico	Tel (Residencia/Celular)

## Parte II: Cuestionario Médico

A alguno de los miembros de la póliza se le ha recomendado o ha recibido consultas, cuidado o tratamiento médico o toma algún medicamento para: <i>Por favor, circule cada condición. (Si su respuesta es afirmativa, provea los detalles y el nombre del asegurado)</i>		Sí	No
(a)	El corazón o el sistema circulatorio (Infarto, presión arterial alta, angina, fiebre reumática, defecto cardíaco, arritmias, enfermedades de las venas o arterias y otras)		
(b)	El sistema respiratorio (otitis, desviación del tabique nasal, sinusitis, pólipos o quistes, asma, bronquitis, enfisema, bronquiectasia, tuberculosis y otros)		
(c)	El sistema gastrointestinal (reflujo gastroesofágico, colon irritable, colitis ulcerativa, enfermedad de crohn, colitis, hernia hiatal, gastritis, úlcera gástrica o duodenal, duodenitis, divertículos, diverticulitis, pólipos, enfermedades de la vesícula biliar y otros)		
(d)	El sistema urinario (enfermedades del riñón, uréteres, vejiga, uretra, cálculos, infecciones, trastornos de la vejiga, incontinencia urinaria, enfermedades de la próstata y otros)		
(e)	El sistema musculoesquelético (trastornos de la espalda, de la médula espinal, reumatismo, artritis, artrosis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidades óseas o articulares, disco herniado, cirugía de remplazo articular y otros)		
(f)	Trastornos neoplásicos, cáncer / tumoraciones (benignos o malignos)		
(g)	El sistema endocrino (enfermedades de la glándula hipófisis, tiroides, paratiroides, diabetes, trastornos de los ovarios y de las glándulas suprarrenales)		
(h)	Enfermedades transmitidas sexualmente o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o CRS (complejo relacionado al SIDA)		
(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)		
(j)	Sistema reproductivo masculino (próstata, testículos, pene y otros)		
(k)	El sistema neurológico (convulsiones, epilepsia, parálisis, esclerosis múltiple, infarto cerebral, enfermedad de alzheimer, demencia y otros)		
(l)	Trastornos del hígado (hígado graso, cirrosis, hepatitis y otros)		
(m)	Trastornos de la piel (acné, psoriasis, melanomas, carcinomas)		
(n)	El sistema hematológico y linfático (anemia, leucemias, mieloma múltiple, trastornos del bazo y otros trastornos de la sangre y coagulación)		
(o)	Enfermedades del colágeno (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, escleroderma y otros)		
(p)	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		
(q)	Ha recibido tratamiento o ha sido diagnosticado por cualquier trastorno o condición no mencionada		

### Comentarios Adicionales:

---

---

---

---

---

Firma del asegurado principal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año