

SOLICITUD DE REINSTALACIÓN

Nombre del Asegurado:		Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
Seguro Social:	-	-	Fecha de nacimiento: DIA - MES - AÑO	Edad:
Lugar de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Peso: Libras	Estatura: Pies / Pulg.
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Dirección Residencial:				
Dirección Postal:				
Teléfono residencial: () -			Teléfono Celular: () -	
Ocupación:			Patrono:	
Dirección Patrono:			Teléfono: () -	

Favor de contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Ha sido usted diagnosticado, recetado, o evaluado con relación a alguno de los siguientes padecimientos?	SI	NO
a. Algún trastorno en la visión, el oído, habla , o cualquier enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mareos, convulsiones, dolores de cabeza crónicos, parálisis o ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dificultad respiratoria, escupir sangre, bronquitis, asma, enfisema y/o desórdenes respiratorios crónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolores de pecho, palpitaciones, alta presión, soplo o infarto del miocardio o algún otro desorden del corazón o de los vasos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ictericia, sangrado intestinal, úlceras, colitis, indigestión recurrente o algún otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sangre o pus en la orina, proteinuria, enfermedades venéreas, piedra o algún desorden del riñón, próstata o de los órganos reproductivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Diabetes, tiroides, o algún desorden del sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Desórdenes en los senos u órganos pélvicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Neuritis, artritis, artritis reumatoidea, o desórdenes de los músculos o huesos, incluyendo la columna vertebral, espalda o extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Desórdenes de la piel, nódulos linfáticos, quistes, tumores o cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha sido rechazado, diferido o licenciado de las fuerzas armadas por alguna condición física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha reclamado alguna vez beneficios por Accidente o Enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha sido declinada, pospuesta, recargada, o modificada alguna Solicitud o Reinstalación para Seguro de Vida o de Accidente y Salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene usted pendiente alguna orden o recomendación médica para someterse a algún laboratorio, prueba o biopsia, tratamiento, examen para diagnóstico, examen radiológico o cirugía, o de recibir los resultados de los mismos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se le ha diagnosticado, está o ha estado en tratamiento por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA / HIV positivo), o por el Complejo de Síntomas relacionados con el SIDA (ARC, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DETALLES: (A continuación favor de detallar las contestaciones afirmativas)

#Preg.	Detalles (Nombre de la condición, fecha en que fue diagnosticada, duración y tratamiento)

Si usted ha contestado en afirmativo a cualquiera de las preguntas arriba indicadas las cubiertas solicitadas estarán sujetas a aprobación de acuerdo a los requisitos de elegibilidad de la Compañía.

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare, o hiciere presentar, una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas. Fechado en _____, el _____ de _____ de _____.

Testigo

Firma Propuesto Asegurado

PARA USO DE LA COMPAÑÍA SOLAMENTE

Firma de un Oficial de la Compañía

Fecha