

# SOLICITUD PARA COBERTURA DE SALUD

Por favor, escriba a máquina o con letra de molde.

DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES										
	Nombre	I.	Apellidos	Sexo	Fecha de nacimiento			Edad	Altura	Peso
					Día	Mes	Año			
Titular										
Cónyuge										
Hijo										
Hijo										
Hijo										
Hijo										
Hijo										
Hijo										

Dirección de residencia (Incluyendo ciudad y país):	Dirección postal:	Números de teléfono:
	Correo electrónico:	Número de fax:
Otra dirección postal:	Ocupación y deberes:	Número de centro de trabajo:
	Correo electrónico:	

	Solicitantes	Endoso	Prima
1-			\$
2-			\$
3-			\$
4-			\$
5-			\$

<b>MODO DE PAGO</b>	
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual	<b>Plan:</b>
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia	<b>Deducible:</b>

<b>Prima anual:</b>
<b>Mensual (x0.092+ \$2):</b>
<b>Semestral (x0.55):</b>

Para uso de la compañía  Número de póliza: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
--

1	<b>A ALGUNO DE LOS SOLICITANTES SE LE HA RECOMENDADO, O HA RECIBIDO CONSULTAS, CUIDADOS O TRATAMIENTO MEDICO, O TOMA ALGUN MEDICAMENTO PARA: (Por favor, circule cada condición)</b>	Si	No
a.	El corazón o el sistema circulatorio (incluyendo pero no limitado a infarto, presión arterial alta, angina, fiebre reumática, defecto cardíaco, arritmias, enfermedades de las venas o arterias) y/o cualquier síntoma relacionado con el sistema circulatorio o el corazón que, si referido a un médico, hubiera resultado en un diagnóstico.		
b.	El sistema respiratorio (incluyendo pero no limitado a desviación del tabique, sinusitis, pólipos o quistes, asma, bronquitis, enfisema, bronquiectasia, tuberculosis) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema respiratorio que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
c.	El sistema gastrointestinal (incluyendo pero no limitado a reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, gastritis, úlcera gástrica o duodenal, duodenitis, diverticulosis, diverticulitis, pólipos, colitis, enfermedades de la vesícula biliar) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema gastrointestinal que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
d.	El sistema urinario (incluyendo, pero no limitado a enfermedades del riñón, cálculos, infecciones, enfermedades del tracto urinario, trastornos de la vejiga, enfermedades de la próstata) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema urinario que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
e.	El sistema músculo-esquelético (incluyendo pero no limitado a trastornos de la espalda, de la médula espinal, reumatismo, artritis/artrosis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidad, disco herniado) y/o cualquier otro síntoma que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
f.	Trastornos neoplásicos, tumores benignos o malignos (cancer)		
g.	El sistema endocrino (incluyendo pero no limitado a enfermedades de la glándula Hipófisis, Tiroides, Paratiroides, Diabetes, trastornos de los ovarios y de las glándulas suprarrenales) y/o cualquier otro síntoma que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
h.	Enfermedades transmitidas sexualmente o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o CRS (complejo relacionado al SIDA).		
i.	El sistema reproductivo femenino (incluyendo pero no limitado a trastornos del ciclo menstrual, ovarios, útero incluyendo el cuello uterino, endometriosis, enfermedades de inflamación pélvica, trompas de Falopio, vagina, abortos, parto por cesárea). Trastornos de las mamas (incluyendo pero no limitado a enfermedades fibroquísticas, tumor) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema reproductivo femenino o mamas que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
j.	Sistema reproductivo masculino (incluyendo pero no limitado a la próstata, testículos, pene) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema reproductivo masculino que, si referido a un médico resultaría en un diagnóstico.		
k.	El sistema neurológico (incluyendo pero no limitado a convulsiones, epilepsia, parálisis, Esclerosis Múltiple, infarto cerebral, enfermedad de Alzheimer, demencia) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema neurológico que, si referido a un médico resultaría en un diagnóstico.		
l.	Trastornos del hígado (incluyendo pero no limitado a hígado graso, cirrosis, hepatitis) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el hígado que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
m.	Cualquier trastorno de la piel (incluyendo pero no limitado a acné, psoriasis, melanomas, carcinomas).		
n.	El sistema hematológico y linfático (incluyendo pero no limitado a anemia, leucemias, mieloma múltiple, Macroglobulinemia de Waldenstrom, trastornos del bazo y otros trastornos de la sangre y coagulación) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema hematológico y linfático que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.		
o.	Enfermedades del Colágeno (incluyendo pero no limitado a Artritis Reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, esclerodermia y otros).		
2.	<b>CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA COBERTURA:</b>		
a.	¿Es o ha sido adicta a drogas o alcohol; usa o ha usado drogas sin prescripción médica; está o ha estado participando en un programa de rehabilitación por adicción o abuso de sustancias intoxicantes?		
b.	¿Recibido tratamiento o ha sido diagnosticado con cualquier trastorno, condición, o está tomando medicinas prescritas para cualquier condición no mencionada anteriormente?		
3.	<b>¿CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA COBERTURA ESTA EN ESTADO DE GESTACION?</b>		
4.	<b>¿A CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA COBERTURA SE LE HA RECOMENDADO ALGUNA CIRUGIA QUE NO HA SIDO REALIZADA?</b>		
5.	<b>¿ESTA ACTUALMENTE TOMANDO MEDICINAS O BAJO TRATAMIENTO MEDICO O LE HAN ADVERTIDO LA POSIBILIDAD O NECESIDAD DE TRATAMIENTO FUTURO?</b>		
6.	<b>¿FUMA O HA FUMADO TABACO? HA TENIDO O TIENE ADICCION A DROGAS O ALCOHOL? EXPLIQUE.</b>		
7.	<b>¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO POR CUALQUIER TRASTORNO O CONDICION NO MENCIONADA?</b>		
8.	<b>¿ALGUNA PERSONA SOLICITANDO COBERTURA HA SIDO RECHAZADA, POSPUESTA O CLASIFICADA EN ALGUNA FORMA? Favor de detallar.</b>		
9.	<b>¿ALGUNA PERSONA SOLICITANDO COBERTURA HA ESTADO INVOLUCRADA EN LA OPERACIÓN DE UNA NAVE AEREA O ENVUELTA EN ALGUN DEPORTE RIESGOSO? Favor de detallar.</b>		

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

Iniciales: \_\_\_\_\_



## DECLARACION DEL SOLICITANTE

Certifico que todas las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas y que entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier error u omisión en las respuestas constituirán razón para que la aseguradora rechace una reclamación, e invalide o cancele cualquiera de las coberturas de seguro solicitadas. En caso de que la aseguradora cancele o en alguna forma invalide la cobertura de seguro solicitada como resultado de no haber declarado una historia médica anterior o condiciones médicas pre-existentes, la aseguradora se reserva el derecho a recuperar del solicitante todos los costos y honorarios incurridos en la investigación razonable de esos asuntos no totalmente declarados

Comprendo que el testigo que recibe esta solicitud no tiene autoridad para modificar o eliminar ninguna porción de esta solicitud o ninguna cobertura, condición o restricción contenida en la póliza de seguro solicitada, y que toda la información requerida en la solicitud debe ser establecida en la solicitud. También entiendo que esta solicitud será parte de la póliza de seguro a emitirse, y que la aseguradora utilizará la información contenida en la misma para determinar si la póliza de seguro solicitada será emitida o no.

Comprendo que el testigo, recibiendo esta solicitud de mí, es un negociador que actúa a mi favor y no para ninguna Administradora o compañía de Seguros. Ni la Administradora que llegue a ofrecer una póliza de cualquier Compañía de Seguros, ni la compañía pueden ser considerados responsables por cualquier circunstancia, si el negociador o el testigo fallara, ahora o en el futuro, en transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos a la Administradora, que fuera destinado a mi y/o cualquier documentación o fondos de mi para la Administradora.

Queda entendido que el seguro solicitado no estará vigente hasta que la solicitud sea aprobada y aceptada por la aseguradora, el pago total de la prima del primer término se haga, y la póliza sea emitida sujeta a todas las condiciones y restricciones aquí contenidas.

Comprendo que esta póliza no está disponible a ciudadanos Norteamericanos que sean residentes permanentes de los Estados Unidos. Sin embargo, si usted compra su póliza en su país de residencia y se muda a los Estados Unidos, le ofrecemos opciones para poder conservar su póliza en los Estados Unidos

## AUTORIZACION MEDICA

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, cualquier institución médica o relacionada con la medicina, el Buró de Informaciones Médicas (Medical Information Bureau, Inc. MIB) y otras organizaciones, agencias de reportes al consumidor, compañía de seguro o reaseguro, institución o persona que tenga conocimiento de mí o de mi salud, incluyendo a cualquier miembro de mi familia, a facilitar a Morgan-White Administrators International, Inc., en su carácter de administradores de mi compañía de seguro, o cualquier compañía de reaseguro o sus representantes legales, cualquiera y toda la información. La naturaleza de la información autorizada a ser revelada incluye información sobre todas las evaluaciones médicas, atención, tratamiento, diagnósticos o consultas proveídas al asegurado que suscribe, o mis dependientes. Comprendo que la información obtenida mediante esta autorización será usada por Morgan-White Administrators International, Inc., los aseguradores y sus reaseguradores, para determinar mi elegibilidad. Instruyo que a una copia de esta autorización se le conceda la misma fuerza y efecto que al original. Esta autorización permanecerá válida mientras esta póliza esté vigente.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

FIRMA DEL CONYUGE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
(Si va a asegurarse)

FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

## DESIGNACION DE BENEFICIARIO

En el caso del fallecimiento de algún asegurado, después que esta póliza haya sido emitida, yo instruyo a la compañía a hacer el pago de cualquier dinero que se deba al fallecido, de esta manera:	En el evento de la muerte del beneficiario
BENEFICIARIO:	BENEFICIARIO CONTINGENTE:
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

## SE REQUIERE EL NOMBRE DEL TESTIGO DE ESTA CERTIFICACION

Certifico que he proveído fielmente toda la información dada por el solicitante y que le he entregado una copia de todo lo tratado.

TESTIGO \_\_\_\_\_

CODIGO \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_