

## FORMULARIO DE BUENA SALUD Y ASEGURABILIDAD

PARA QUE FORME PARTE DE LA PARTE 3 DE LA SOLICITUD FECHADA \_\_\_\_\_

PARA SEGURO DE VIDA SOBRE LA VIDA DE \_\_\_\_\_

**Desde la fecha del último examen médico o cuestionario médico el propuesto asegurado:**

1. ¿Continúa en buena salud?
2. ¿Ha sometido solicitud de seguro que le haya sido declinada, aplazada o modificada?
3. ¿Tiene actualmente otra solicitud de seguros pendiente en otra aseguradora?
4. ¿Ha consultado o ha sido tratado por un médico?
5. ¿Su asegurabilidad como candidato para un seguro de vida ha cambiado de ninguna forma?

Si existe excepción alguna a las declaraciones arriba señaladas, favor ofrezca mayores detalles.

Excepciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El propuesto asegurado (y el solicitante si es distinto al asegurado) declaran para todo efecto, que las informaciones y las respuestas anteriores están completas, exactas y veraces y que no he callado, omitido o alterado ninguna circunstancia o información importante concerniente mi estado de salud pasado y presente y mis hábitos de vida. Convengo que dichos datos y las informaciones que se me han solicitado, son elementos esenciales y necesarios para la evaluación del riesgo por parte de la Compañía de seguros. Además comprendo que si se ha omitido información relevante al riesgo, esto puede invalidar el contrato o afectar beneficios futuros.

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del propuesto asegurado  
(si es distinto al asegurado)

CDS Número: \_\_\_\_\_