



**DECLARACION DE BUENA SALUD Y ASEGURABILIDAD  
DECLARATION OF GOOD HEALTH AND INSURABILITY**

Número de póliza: _____ <i>Policy number</i>	Titular de póliza: _____ <i>Policyholder</i>	
Fecha de la solicitud: <i>Date of application</i>	Dependientes: _____ <i>Dependents</i>	
_____	_____	_____
Día / Day      Mes / Month      Año / Year	_____	_____

Desde la fecha de solicitud de la póliza en referencia, ni el asegurado propuesto ni ningún dependiente propuesto para la protección de esta póliza ha:  
*Since the date of the above-referenced policy application, neither the proposed insured nor any proposed dependent for coverage under this policy has:*

1. sufrido algún accidente, incapacidad o enfermedad de alguna clase. (Física o mentalmente, operación o lesión)  
*suffered an accident, disability or illness of any kind. (Physically or mentally, surgery or injury)*
2. consultado, o ha sido examinado o tratado por un médico.  
*consulted, or been examined or treated by a physician..*
3. tenido algún cambio en peso.  
*had any change in weight.*
4. estado embarazada o está actualmente embarazada.  
*been pregnant or is presently pregnant.*
5. tenido alguna complicación durante el embarazo.  
*had any complication during the pregnancy.*
6. sido rechazado para un seguro de vida o de incapacidad, o le han extraprimado o modificado su solicitud en alguna manera.  
*had life or disability insurance declined, modified, postponed or rated.*

Las declaraciones y respuestas en la solicitud para la póliza en referencia, en cualquier parte de la solicitud original y en todos los demás documentos que he firmado como parte de esta solicitud, son completas y correctas hasta la fecha de hoy.  
*The statements and answers in the above-referenced policy application, any part of the original application and all other forms I have signed as part of this application, are complete and true as of today's date.*

**Si hay alguna excepción a las declaraciones arriba mencionadas, de detalles completos en el espacio siguiente.**  
***If there is any exception to the above statements, full details must be given in the space below.***

Declaración <i>Statement</i>	Persona a quien se refiere la excepción <i>Person to whom exception applies</i>	Detalles <i>Details</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cualquier excepción debe ser analizada por la Compañía antes de que el seguro entre en vigor.  
*Any exception noted above must be reviewed by the Company before the new coverage takes effect.*

**He sido informado que los beneficios bajo la nueva cobertura estarán sujetos a un período de espera de 60 ó 90 días (dependiendo del plan seleccionado) con excepción de accidentes o enfermedades infecciosas.**  
***I have been informed that the benefits under the new coverage will be subject to a waiting period of 60 or 90 days (depending on the plan selected) except in case of accidents or infectious diseases.***

Fechada el \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Dated on      Día/Day      Mes/Month      Año/Year*

\_\_\_\_\_  
*Firma del titular de póliza/Signature of policyholder*

Agente/Agent \_\_\_\_\_