



**DECLARACION DE SALUD Y ASEGURABILIDAD
PLAN DE CANCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS
Y OTROS BENEFICIOS ADICIONALES**

OFRECIDA COMO UNA CONDICION PARA LA ENTREGA O CAMBIO DE

POLIZA NUMERO:

NOMBRE DEL ASEGURADO:

Desde la fecha de la solicitud original para la póliza mencionada arriba, ninguna persona propuesta para seguro:

SI NO

(1) ha hecho solicitud a otra compañía para seguro de Vida o Salud (a) que haya sido emitido, rechazado, pospuesto o modificado o (b) que esté pendiente en este momento; [] []

(2) ha consultado a, o ha sido examinado o tratado por un médico, o ha sido internado en un hospital, clínica o institución para examen, observación, diagnóstico, operación o tratamiento; [] []

(3) ha tenido cualquier cambio en su condición de salud o en cualquier otro factor que afecte la asegurabilidad como un riesgo de Seguro de Vida, Salud, o Incapacidad por razón de cualquier evento o circunstancia. [] []

Si hay cualesquier excepciones a cualquiera de las declaraciones arriba, ofrezca detalles completos y explique en este espacio que se provee:

La póliza mencionada arriba ha sido rehabilitada con una nueva fecha de efectividad. Entiendo y acepto que todos los términos y condiciones del contrato de seguro comienzan en la nueva fecha de efectividad, una vez rehabilitada. La póliza reinstalada cubrirá solamente pérdidas por Cáncer y Enfermedades Temidas que se manifiesten a partir del décimo día desde la fecha de aprobación de la reinstalación.

La persona nombrada como el Asegurado declara a su mejor saber y entender que las declaraciones arriba son ciertas y completas y que todas las excepciones han sido declaradas.

Fechado en _____, Hoy _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado

Firma del Agente