



**Información del Asegurado Principal**

Nombre: _____ <small>Apellidos</small> <small>Nombre(s)</small>	Número de Póliza: _____
--	-------------------------

Con mi firma abajo certifico, a mi mejor conocimiento, que desde la fecha de solicitud original, NINGUNO DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS PARA COBERTURA en esta póliza ha recibido un diagnóstico médico, ni ha recibido tratamiento médico, ni se le ha recomendado tratamiento médico, ni ha presentado ningún síntoma de ningún desorden físico o mental, salvo lo declarado en la solicitud de esta póliza.

En caso de no ser cierta la declaración anterior, indique el nombre completo del (de la) asegurado(a) que ha tenido un cambio en su condición, el diagnóstico médico, el tratamiento médico o quirúrgico recibido o recomendado, y el resultado del mismo, así como también el nombre completo, dirección y teléfono de todos los médicos y hospitales donde fue atendido(a).

---

---

---

---

---

---

---

---

Se entiende que esta "Declaración de Buena Salud" y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud servirán de base para cualquier cobertura otorgada. Ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que esta Declaración haya sido aprobada por la Aseguradora.

_____ Firma del Asegurado Principal	Fecha: ____ / ____ / ____ <small>Mes</small> <small>Día</small> <small>Año</small>
--	---