



DECLARACION DE BUENA SALUD Y ASEGURABILIDAD

Devolver el original a la BMI Compañía de Seguros de Vida S.A. Copia a ser retenida por el Dueño de la Póliza.

Numero de Póliza	Dueño de la Póliza
Fecha de la Solicitud Día/ Mes/ Año	Asegurado Propuesto – Si no es Dueño de la Póliza

Desde la fecha de solicitud de la póliza en referencia, ni el Asegurado Propuesto ni ninguna otra persona propuesta para la protección de esta póliza ha:

1. Sufrido algún accidente, incapacidad o enfermedad de alguna clase;
2. Consultado, o ha sido examinado o tratado por un médico;
3. Cambiado de ocupación o deberes;
4. Solicitado póliza de vida o de incapacidad a otra compañía;
5. Sido rechazado para seguro de vida o de incapacidad, o le han extraprimado o modificado su solicitud en alguna manera.

Las declaraciones y respuestas en la solicitud de la póliza en referencia, cualquier Parte 2 de la solicitud y todos los demás documentos que he firmado como parte de esta solicitud, son completas y correctas hasta la fecha de hoy.

Si hay alguna excepción a las declaraciones arriba mencionadas, de detalles completos en el espacio siguiente:

Declaración	Persona a quien se refiere la excepción	Detalles
.....
.....

Cualquier excepción debe ser analizada por la Compañía antes de que el seguro entre en vigor.

Fecha en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dueño de Póliza

Testigo

Asegurado Propuesto

Testigo

Si existe alguna excepción, el agente debe de devolver la póliza con este documento a la Compañía.

