



SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA
DECLARACION DE NO FUMADOR
DECLARATION OF NON-SMOKER STATUS
ENMIENDA AMENDMENT

POLIZA NO.
(Policy No.)

FECHA DE EMISION: / /
(Issue Date)

NOMBRE DEL ASEGURADO PROPUESTO:
(Name of Proposed Insured)

DECLARO QUE NO HE FUMADO CIGARRILLOS EN CANTIDAD O FORMA ALGUNA DURANTE LOS ULTIMOS DOCE (12) MESES, POR LO TANTO, LA POLIZA DEBERA REFLEJAR TARIFAS DE NO FUMADOR.

DECLARO QUE MI DECISION DE DEJAR DE FUMAR NO ES EL RESULTADO DE ORDENES MEDICAS PARA DEJAR DE FUMAR POR UNA CONDICION POTENCIALMENTE FATAL. ADEMAS, DECLARO QUE NO HE SIDO DIAGNOSTICADO CON UNA ENFERMEDAD PULMONARIA O CARDIO VASCULAR.

(I HEREBY DECLARE THAT I HAVE NOT SMOKED CIGARETTE IN ANY QUANTITY OR FORM IN THE PAST TWELVE (12) MONTHS, THEREFORE, THE POLICY SHOULD REFLECT NON-SMOKER RATES.)

(I ALSO DECLARE THAT MY DECISION TO STOP SMOKING IS NOT A RESULT OF DOCTOR'S ORDERS DIRECTING ME TO STOP SMOKING BECAUSE OF A LIFE THREATENING CONDITION. I FURTHER DECLARE THAT I HAVE NOT BEEN DIAGNOSED WITH ANY PULMONARY OR CARDIOVASCULAR DISEASE.)

Entiendo y concuerdo que cualquier seguro otorgado con la solicitud incluirá la enmienda arriba citada. Concuerdo que esta enmienda formará parte de la solicitud original y de cualquier Póliza emitida con base a la misma y comprometerá a cualquier persona que pueda tener o reclamar algún interés bajo la Póliza.

(I understand and agree that any insurance granted on this application will include the amendment shown above. I agree that this amendment will form part of the original application and of any policy that may be issued from it and will be binding on any person who may have or claim any interest under this policy.)

Fecha en , este día de ,2°
(Dated at) (this) (day of)

Firma del Testigo - Agente
(Signature of Witness - Agent)

Firma del Asegurado Propuesto
(Signature of Proposed Insured)

Firma del Titular de póliza, si es diferente al Asegurado Propuesto
(Signature of Owner of policy, if other than proposed insured)

¡ IMPORTANTE-IMPORTANT ¡

ESTA ENMIENDA ES PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEBE SER FIRMADA Y FECHADA POR EL TITULAR, ATESTIGUADA POR LA AGENCIA / AGENTE ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS Y RETORNADA A LA CASA MATRIZ. EL NO RETORNAR ESTE DOCUMENTO CAUSARA QUE EL CAMBIO NO SE HAGA EFECTIVO.

(THIS AMENDMENT IS PART OF THE INSURANCE CONTRACT AND SHOULD BE SIGNED AND DATED BY THE OWNER, WITNESSED BY THE AGENT AND RETURNED TO THE HOME OFFICE. FAILURE TO RETURN THIS DOCUMENT WILL CAUSE THE CHANGE NOT TO BECOME EFFECTIVE.)

Nota: La presente declaración ha sido aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros mediante Resolución No SBS-INSP-2006-152 de 12 de abril de 2006.