



**IMPORTANTE · CÓDIGO DE COMERCIO**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente solicito la rehabilitación de la póliza No. \_\_\_\_\_ sobre mi vida, expedida por Aseguradora General, S.A. y que actualmente esta caducada. Declaro y expongo que las respuestas a las siguientes preguntas son completas, exactas y verídicas; las someto con el fin de que se tomen como base para evaluar la rehabilitación de la póliza anteriormente indicada.

1. ¿Cuál es su ocupación actual? \_\_\_\_\_

2. ¿Goza de buena salud en la actualidad? Sí  NO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

3. ¿Peso actual? \_\_\_\_\_ Lbs. 4. ¿Estatura? \_\_\_\_\_ Mts.

5. ¿Ha ocurrido desde la fecha en que hizo su solicitud de la póliza alguna muerte en su familia?

Sí  NO  En caso afirmativo, indique el parentesco, edad y causa de la muerte \_\_\_\_\_

6. ¿Ha solicitado o tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida o alguna solicitud de aumento de suma asegurada que haya sido denegada?

Sí  NO  En caso afirmativo, indique que Compañía (s) \_\_\_\_\_

**En caso de existir alguna (s) enfermedad (es) o hecho (s) no especificado (s) en las preguntas anteriores, que agraven el riesgo, tanto por salud como por ocupación, favor de proporcionar amplia información al respecto; indicando fecha, duración, tratamiento y estado actual. Si es necesario utilice una hoja de papel adicional.**

7) ¿Ha consultado al médico en los últimos 12 meses?	SÍ	NO	
8) ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?	SÍ	NO	
9) ¿Ha estado internado en algún hospital o sanatorio?	SÍ	NO	
10) ¿Padece actualmente alguna enfermedad?	SÍ	NO	
11) ¿Está sujeto a algún tratamiento?	SÍ	NO	
12) ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	SÍ	NO	
13) ¿Le falta algún miembro o parte de él?	SÍ	NO	
14) ¿Tiene alguna deformidad?	SÍ	NO	
15) ¿Tiene algún defecto de la vista?	SÍ	NO	
16) ¿Tiene algún defecto auditivo?	SÍ	NO	
17) ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?	SÍ	NO	
18) ¿Se le han hecho electrocardiogramas?	SÍ	NO	
19) ¿Se le han hecho estudios con rayos X?	SÍ	NO	
20) ¿Padece o ha padecido de tensión arterial?	SÍ	NO	
21) ¿Ha padecido durante su vida, alguna enfermedad grave?	SÍ	NO	
22) En los últimos años, ¿Ha consultado o fue tratado por algún médico a causa de SIDA?	SÍ	NO	
23) ¿Ha sufrido durante su vida o le han diagnosticado algún infarto del miocardio?	SÍ	NO	
24) ¿Ha sufrido durante su vida derrame o hemorragia cerebral?	SÍ	NO	
25) ¿Le han practicado o recomendado durante su vida, alguna cirugía arteriocoronaria a corazón abierto?	SÍ	NO	

26) ¿Le han diagnosticado durante su vida algún cáncer?	SÍ	NO				
27) ¿Ha sido tratado o padecido durante su vida insuficiencia renal?	SÍ	NO				
<b>DATOS ADICIONALES SI EL SOLICITANTE ES MUJER</b>						
a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo?	SÍ	NO				
b) ¿Está embarazada? Indique en que mes se encuentra.	SÍ	NO				
c) ¿Ha tenido abortos? Cuántos ha tenido.	SÍ	NO				
d) ¿Cuántos partos ha tenido?	SÍ	NO				
e) ¿Hubo anomalías en algún parto?	SÍ	NO				
<b>HÁBITOS</b>						
			<b>Clase</b>	<b>Cantidad diaria</b>	<b>Desde cuándo</b>	<b>Hasta cuándo</b>
¿Se considera en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo?	SÍ	NO				
a) ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	SÍ	NO				
b) ¿Las ha ingerido anteriormente?	SÍ	NO				
a) ¿Usa drogas llamadas narcóticos o estimulantes?	SÍ	NO				
b) ¿Ha usado drogas anteriormente?	SÍ	NO				
a) ¿Fuma cigarrillos, cigarros o pipa?	SÍ	NO				
b) ¿Ha fumado anteriormente?	SÍ	NO				
¿Ha cambiado su peso en el último año?	SÍ	NO	Lbs. aumentadas	Lbs. disminuidas	Causas	
¿Ha recibido Ud. de una compañía de seguros o de otra institución, alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad?	SÍ	NO	Detalle			
¿Ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave?	<input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
¿Vuela frecuentemente como pasajero en aviones particulares?	<input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
¿Practica algún deporte o aficiones peligrosas?	<input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<b>Si una de las respuestas es afirmativa, por favor llene el cuestionario respectivo.</b>						
Si es comerciante o industrial. ¿Cuál es el giro principal de sus negocios? _____						
_____						
_____						
¿Tiene otras actividades o "hobbies", diferentes a los de mayor riesgo?	<input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
_____						
_____						
_____						
Declaro que cada una de las afirmaciones que preceden son completas, exactas, verdaderas y que formarán parte del contrato.						
Convento en que la rehabilitación solicitada cobrará vigencia cuando la compañía haya aprobado esta solicitud y la prima haya sido pagada a la compañía.						
Además queda entendido que la compañía tendrá el derecho de disputar, por un período de dos años, cualquier declaración incompleta, inexacta o falsa.						



Lugar y fecha de la solicitud:

Firma del solicitante:

DPI del solicitante:

Municipalidad:

Firmado en \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado solicitante

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

Observaciones:

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_