



## SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

PÓLIZA No. \_\_\_\_\_

Certificado No. \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado (a): \_\_\_\_\_

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| A. Padece alguna enfermedad grave actualmente:                             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| B. En los últimos doce meses he estado bajo tratamiento médico:            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| C. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del médico o la clase de incapacidad:

Declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna Enfermedad renal, cardiovascular, hipertensión, cáncer o SIDA, o bien que mi habilidad física se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, ataque de delirium tremens, síncope, vértigo o enfermedades mentales, y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente no tendré derecho a ningún beneficio descrito en este certificado, quedando como obligación de la Compañía únicamente la devolución de primas.

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar los datos que posean de mi estado de salud. Columna, Compañía de Seguros, S.A., se reserva todos los derechos que pueden asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponda a la verdad.

Entiendo y acepto que la presente declaración ha sido efectuada libremente y con pleno conocimiento, habiendo informado sobre el contenido y alcance a los fines de la rehabilitación del seguro y ninguno de los beneficios procederá si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad no declarada a la fecha de la rehabilitación.

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

f) \_\_\_\_\_

Firma del Titular

\_\_\_\_\_

Nombre del Administrativo y/o Asesor