

DECLARACIÓN DE BUENA SALUD

Información del Asegurado principal

Nombre y Apellidos completos

Número de póliza

Entiendo que esta Declaración de Buena Salud y cualquier otro documento presentado junto con la solicitud servirán de base para cualquier cobertura otorgada, y que ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que la solicitud haya sido aprobada por Loyal.

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

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

Nombre y Apellidos completos del asegurado

Condición

Diagnóstico

Tratamiento clínico o quirúrgico

Recibido

Recomendado

Resultados

Nombre del médico

Teléfono

Dirección

Nombre del hospital

Teléfono

Dirección

Firma

Firma del asegurado

Fecha