



Esta forma suplementaria es una enmienda a la Póliza número _____
(la Solicitud Original), fechada el _____ (la fecha original de la solicitud), y llegará
a ser parte de la misma.

Desde la fecha original de haber solicitado un seguro de vida con Atlántica Seguros, ¿Certifica Ud.
que las respuestas a las preguntas en la solicitud Original son todavía verídicas, completas y sin alteración
alguna?

_____ **Sí** _____ **No**

Si ha habido algún cambio que requiera información adicional para hacer que la solicitud sea completa y
verídica, favor de anotarlo en el espacio provisto. Por favor indique el número de la pregunta citada.

Declaración del (la) asegurado/a : Yo, expongo a la Atlántica Seguros que:

- 1.-) He revisado cada pregunta y respuesta de la solicitud original, y
- 2.-) Que las respuestas en la solicitud original como han sido enmendadas y suplementadas
anteriormente son verídicas, completas y correctamente inscritas según mi leal saber y entender, y
reconozco que la Compañía puede depender de la veracidad de dichas respuestas.

Yo concuerdo que esta enmienda a la solicitud será parte integral de esta Póliza. Reconozco que si
hubiera habido cualquier cambio archivado anteriormente a cualquiera de las respuestas en la solicitud
original, ningún tipo de seguro entrará en vigor y esta forma deberá ser devuelta a la Compañía para
evaluación adicional.

Ningún Agente o Examinador Médico tiene la autorización para obviar la respuesta de cualquier
pregunta, ni diferir requisitos solicitados por el Departamento de Evaluación de Atlántica Seguros.
Tampoco están autorizados para tomar decisiones sobre la asegurabilidad del cliente, ni efectuar o
modificar un Contrato. Atlántica Seguros no tiene información sobre declaraciones hechas por el Asesor ni
el Examinador Médico a menos que tales declaraciones aparezcan en el espacio anteriormente
proporcionado.

Nota: Si ha habido algún cambio a las respuestas de la Solicitud Original (sí marcó NO en la parte superior de este
documento), favor de no pagar la prima correspondiente a la Póliza hasta que el Departamento de Evaluación de Riesgos haya
tenido la oportunidad de revisar su expediente de nuevo.

Firma del Asegurado Propuesto: _____ Fecha: _____

Firma del Agente: _____ Fecha: _____