



Número de póliza	Asegurado propuesto - si no es el titular de póliza
Fecha de la solicitud	Titular de póliza
<div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>	

1. sufrido algún accidente, incapacidad o enfermedad de alguna clase;
2. consultado, o ha sido examinado o tratado por un médico;
3. cambiado de ocupación o deberes;
4. solicitado póliza de vida o de incapacidad a otra compañía;
5. sido rechazado para un seguro de vida o de incapacidad, o le han extra primado o modificado su solicitud en alguna manera.

Si hay alguna excepción a las declaraciones arriba mencionadas, de detalles completos en el espacio siguiente:

Declaración	Persona a quien se refiere la excepción	Detalles

CUALQUIER PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO E INTENCIÓN DE CAUSAR DAÑO, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADOR, PRESENTA UNA RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD CONTENIENDO INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ESTARÁ ACTUANDO EN ABIERTA VIOLACIÓN A LA LEGISLACIÓN COSTARRICENSE Y PODRÁ SER ACUSADO DE COMISIÓN DE DELITO EN SEGÚN LO ESTABLECE EL CÓDIGO PENAL DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA.

Firma del testigo

Firma del titular de póliza

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los registros número P14-24-A10-373 de fecha 13 de agosto de 2012, P14-24-A10-403 de fecha 22 de enero de 2013 y P14-25-A10-432 de fecha 17 de abril de 2013.

Form No. 106.1 CR Ed. 5/13