Cía. Internacional de Seguros, S.A.

CERTIFICADO DE SALUD
FORMULARIO BREVE

_____ _____

Nombre del Propuesto Asegurado Póliza N°

Por el presente certifico que estoy en tan buen estado de salud como en la fecha que firmé las DECLARACIONES HECHAS AL MÉDICO EXAMINADOR O AL AGENTE AUTORIZADO POR LA COMPAÑÍA que constituyeron la Parte II de mi Solicitud para Seguro en INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.; que desde la fecha de tales declaraciones no ha habido cambio alguno en mi ocupación o historia familiar, ni he padecido de enfermedad o transtorno físico alguno, ni he solicitado nuevo seguro o tarifas de prima (excepto como se indica más abajo) y entiendo que la emisión o la entrega que me sea hecha de cualquier póliza emitida sobre dicha solicitud y declaraciones está sujeta a la veracidad de las declaraciones arriba mencionadas.

Además, convengo que si dentro de los dos años después de la fecha de este Certificado la Compañía descubre cualquier falsedad en las declaraciones aquí sostenidas que afecte cualquier riesgo asumido o reasumido por la Compañía al aprobar la solicitud a la que se refiere este Certificado, la Compañía tendrá el derecho a declarar tal aprobación nula, sin validez y sin efecto alguno, excepto la devolución de todas las primas pagadas desde la fecha _____ con respecto a cualesquiera de los citados riesgos.

Excepciones: _____

_____

_____

Firmado en _____ el día _____ de _____ de 20_____

Atestiguado por: _____ _____

Agente Firma del Propuesto Asegurado

_____

Firma del Dueño