



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Declaración de Fumador / No Fumador

Póliza No.: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento.: _____ (día / mes / año).

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Fuma usted cigarrillos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sido usted fumador de cigarrillos y ha dejado el hábito? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿dejó de Fumart dentro de los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior, favor de indicar la fecha en que dejó de fumar _____ (día / mes / año). | | |
| 4. Historia de Fumador _____ cajas de cigarrillos al día. | | |

Yo, quien suscribe, certifico y doy constancia por este medio, que de acuerdo a mi mejor entendimiento y conocimiento, todas las respuestas a las preguntas anteriores son completas y verdaderas y estoy de acuerdo que estas respuestas formen parte de la solicitud, así como de cualquier contrato de seguro emitido como resultado de dicha solicitud. Por otro lado, convengo en que debo notificar a la Compañía Aseguradora, en caso de volver a fumar.

Firmado en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Testigo

Solicitante