



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
Solicitud de Rehabilitación y Prueba de Asegurabilidad

Para la rehabilitación de la **Póliza No.** \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ sobre la vida de \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, con Suma Asegurada de B/. \_\_\_\_\_, que incluye los siguientes beneficios adicionales:

RELEVO DEL PAGO DE PRIMAS: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL \_\_\_\_\_  
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE \_\_\_\_\_  
ACCIDENTES PERSONALES (Anexos) \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, les solicito la **REHABILITACIÓN** de la Póliza de Vida, arriba descrita, cancelada a partir del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, y como base para hacer esta solicitud, declaro lo siguiente:

Por la presente manifiesto que, desde la fecha de emisión de mi Póliza:

1. No ha habido ningún cambio en mi ocupación diaria.
2. No he piloteado ningún avión, ni he recibido instrucción para hacerlo.
3. No he hecho ninguna solicitud para un nuevo SEGURO DE VIDA o REHABILITACIÓN de algún Seguro sobre mi vida.
4. Ninguna Solicitud para Seguro sobre mi vida está pendiente actualmente.

(Si hay cambios en lo anterior, indique los detalles completos)

\_\_\_\_\_

A mi conocimiento declaro, que estoy en buen estado físico, libre de toda clase de enfermedades, deformidades o dolencias, que tengo hábitos moderados y que desde la fecha de Emisión de la Póliza:

1. No he tenido ninguna lesión, dolencia o enfermedad y que no he estado enfermo por ninguna causa.
2. No he consultado, no he sido atendido por ningún médico.
3. No he sido recluido en ningún hospital o Institución.

(Si hay cambios en los anteriores, indique los detalles completos: lesión dolencia o enfermedad. Fecha(s) Médico(s) y Resultado(s).)

\_\_\_\_\_

Por la presente manifiesto que todas las declaraciones hechas anteriormente son entera, completas y verdaderas y están correctamente registradas. Si cualquiera de los espacios dados arriba para colocar cualquier excepción es dejado en blanco, estoy de acuerdo que, el no poner nada es igual a decir "NO" o "NINGUNO". La Compañía podrá solicitar o recabar información médica o personal, con el fin de comprobar mi buen estado de ASEGURABILIDAD.

También estoy de acuerdo en que dicha Póliza no sea considerada REHABILITADA, hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la Compañía en su Casa Matriz, estando yo en vida y gozando de buena salud, sujeta a las condiciones aquí expuestas, y que cualquier pago por adelantado de prima, o cualquier recibo para esto, no obliga a la Compañía, sino, hasta cuando esta solicitud haya sido aprobada sobre mi vida y buena salud. Si la solicitud de REHABILITACIÓN, de mi póliza no es aprobada estoy de acuerdo en aceptar la devolución de todos los pagos hechos por adelantado con esta solicitud, sin interés, al igual que me comprometo a devolver cualquier recibo por dichas sumas.

Estoy de acuerdo en que la REHABILITACIÓN, de dicha póliza, concedida por la Compañía sobre esta solicitud, será contestable por fraude o tergiversación de cualquier hecho material dicho en esta solicitud o en concesión con la misma por el mismo período de dos años después de la REHABILITACIÓN.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Res. / Cel.: \_\_\_\_\_

Fecha en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

Asegurado

Ced.: \_\_\_\_\_

Ced. \_\_\_\_\_