

Sírvase mecanografiar o escribir en  
letra de molde toda la información.

\_\_\_\_\_  
Asegurado propuesto

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Numero de identificación

1. ¿Usa usted algo de la lista a continuación?

	Sí	No	¿Qué cantidad por día?	¿Cuántos años?
a. Cigarrillos				
b. Cigarros, cigarrillos				
c. Pipa				
d. Tabaco de mascar				
e. Nicotina				
f. Otros: (Sírvase especificar: ej.: marihuana, hachís, rapé, etc.)				

2. Si ha sido un usuario en el pasado:

a. ¿Cuándo dejó de usar? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

b. ¿Qué cantidad usó por día? \_\_\_\_\_

c. ¿Por qué dejó de usarlo?

i. ¿Por razones médicas? \_\_\_\_\_ Si indica que sí, sírvase indicar las fechas, nombres y direcciones de los médicos consultados: \_\_\_\_\_

ii. ¿Por otras razones? Sírvase especificar: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta declaración pasa a formar parte de esta Hoja de Información General y que la Compañía la tomará en cuenta al determinar mi asegurabilidad. Entiendo que cualesquier declaración falsa en lo aquí contenido, al igual que en la Hoja de Información General, será motivo para anular dicha póliza, de haber sido emitida. Declaro que a mí mejor saber y entender, las respuestas en todas las partes de este documento de Información General son veraces y correctas.

Fechado en \_\_\_\_\_, este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Firmado \_\_\_\_\_

(Asegurado propuesto)