

Nombre del Asegurado(a): _____

Lugar y Fecha: _____ , ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Confirmando la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas, que nada he ocultado o alterado y me doy por enterado(a) que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía Aseguradora y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, libera a la Compañía Aseguradora del pago de la cobertura. Además autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a entregar a la Compañía Aseguradora todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios.

BISA Seguros y Reaseguros S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar la presente solicitud. La sola presentación del presente formulario no implica la aceptación automática.

Favor llenar la siguiente información con letra imprenta o con una "X" cuando lo amerite:

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Su Presión Arterial es:

Alta	Normal	Baja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.- ¿Tuvo o tiene alguna cirugía, afección y/o enfermedad, tratamiento, terapia y/o toma algún medicamento que NO hayan sido pagados por nuestra Compañía?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta fue "Sí", favor describa detalladamente indicando fechas: la afección y/o enfermedad, hospitalización y/o cirugía realizada o pendiente, tratamiento, terapia y/o toma de medicamentos o lesión.

Firma del Asegurado(a)*

** En caso que el asegurado fuese un menor de edad, deberá firmar el Titular/Tomador/Pagador de la póliza.*