

Número de póliza: _____

Yo _____ declaro que,
Nombre completo del asegurado
 desde la fecha de mi solicitud original de mi póliza de seguro de vida Olé:

Información médica:

1. He sido diagnosticado, recibido tratamiento, se me ha recomendado atención médica alguna, he presentado síntomas de un desorden físico o mental. **SI** **NO**

Si contestó **SI** a la pregunta anterior, por favor indique el diagnóstico, tratamiento clínico o quirúrgico y sus resultados, fechas, condición actual, nombre, dirección y teléfono de los médicos y hospitales donde fue atendido.

Fecha (mm/dd/aa)	Diagnóstico	Tratamiento	Condición actual	Nombre y teléfono del médico

Información no médica:

2. He cambiado mi ocupación o tengo otra ocupación adicional. **SI** **NO**

3. Participo en actividades o deportes peligrosos. **SI** **NO**

4. Tengo planes en los próximos 12 meses de viajar a países en los que fuentes oficiales han emitido alertas de viaje. **SI** **NO**

5. He cambiado mi país de residencia o tengo planes de hacerlo. **SI** **NO**

Si contestó **SI** a cualquier de las preguntas de la información no médica, explique cuál es su ocupación nueva, actividades o deportes en que participa y sus planes de viaje o residencia en el extranjero.

Finalmente, confirmo que todas las respuestas al cuestionario de mi solicitud original son completas y verdaderas. **SI** **NO**

En caso de responder con **NO**, por favor dar detalles _____

Declaro que las respuestas anteriores son ciertas a mi leal saber y entender y que no he ocultado ninguna información que pueda influir en la evaluación o aceptación de la cobertura del seguro.

Acepto que este cuestionario complementario formará parte de mis declaraciones a Olé y que la no divulgación de cualquier hecho importante que conozca puede invalidar el contrato.

Firma del Asegurado

Fecha: dd /mm / aa

Nombre y firma del Dueño de la póliza
(en caso de ser diferente del asegurado)

Fecha: dd /mm / aa