

SEGURO DE VIDA GRUPO ANUAL RENOVABLE / SOLICITUD DE SEGURO, DECLARACIÓN DE SALUD Y DE BENEFICIARIOS



Formato aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros mediante
Resolución Administrativa No. APS/DS/N° 1406-2015 de 29/12/2015

COD. 210-934635-2015 12 002 3001

El presente documento debe ser llenado totalmente y firmado personalmente por el Solicitante, y si se requiere por el Tomador, caso contrario es nulo. Favor adjuntar Fotocopia del Documento de Identidad.

Datos del Tomador (Solo llenar si el Tomador es una persona diferente al Solicitante):									
1.- Apellido Paterno:		2.- Apellido Materno:		3.- Apellido de Casada:		4.- Nombres Completos:			
5.- Razón Social Completa, en caso que el Tomador sea una Persona Jurídica:						6.- Vínculo o relación del Tomador con el Solicitante:			
7.- Zona Domicilio:		8.- Dirección y Número del Domicilio:			9.- Teléfonos Domicilio:		10.- Ciudad de Domicilio:		
Datos del Solicitante (El Solicitante es la persona que desea ser Asegurada):									
11.- Apellido Paterno:		12.- Apellido Materno:		13.- Apellido de Casada:		14.- Nombres Completos:			
15.- Sexo: Masculino () Femenino ()		16.- Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año:		17.- Edad:	18.- Ciudad y País de Nacimiento:			19.- Tipo y Número de Documento de Identidad :	
20.- Zona Domicilio:		21.- Dirección y Número del Domicilio:			22.- Teléfonos Domicilio:		23.- Ciudad de Domicilio:		
24.- Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo ()		25.- Usted tiene Hijos: Si () No () Cuántos?		26.- Usted tiene algún Seguro de Salud Público o Privado: Si () No () Cuál?					
27.- Profesión:		28.- Ocupación o Actividad actual:			29.- Empresa en la que Trabaja:		30.- Ciudad y País donde Trabaja:		
31.- Lugares donde Trabaja la mayor parte de su tiempo: Casa () Oficina () Calle () Fábrica () Taller () Campo () Mina () Pozos () Otros:									
32.- Explique claramente en que consiste su Trabajo, Ocupación o Actividad actual:									
33.- Tiene algún otro Trabajo, Ocupación o Actividad no declarada: Si () No () Cuáles?:									
34.- Ud. manipula sustancias químicas, radioactivas y/o tóxicas: Si () No () Cuáles?:									
35.- Es Ud. Piloto, Tripulación de Vuelo o Estudiante de Piloto: Si () No () Explique:									
36.- Vuela en líneas aéreas no comerciales, avionetas o helicópteros: Si () No () Causa y Frecuencia?:									
37.- Ud. practica algún Deporte: Si () No () Cuáles y Frecuencia?:									
38.- Practica algún Deporte Peligroso o en forma Profesional: Si () No () Cuáles y Frecuencia?:									
39.- Tiene algún Pasatiempo u otra actividad similar no declarada: Si () No () Cuáles?:									
40.- Ud. esta en contacto con víboras, reptiles o grandes animales: Si () No () Cuáles y Por qué?:									
41.- Altura Actual Aproximada: Mts. Peso Actual Aproximado: Kgs.									
42.- Controla normalmente su peso y su alimentación: Si () No () Porqué?:									
43.- Tiene problemas de sobrepeso o desnutrición: Si () No () Explique:									
44.- En los últimos 5 años, su peso ha variado significativamente: Si () No () Cuanto: Kg? Porqué?									
45.- Ud. Fuma cigarrillos, pipa o cualquier producto con tabaco: Si () No () Cantidad y Frecuencia?:									
46.- Ud. consume bebidas alcohólicas: Nunca () Ocasionalmente () Todos los fines de semana () Varias veces a la semana () Todos los días ()									
47.- Ud. consume o ha consumido drogas o sustancias prohibidas: Si () No () Cuáles y Cuándo?:									
48.- Ha recibido o recibe tratamiento por drogas y/o alcohol: Si () No () Dónde y en que Fechas?									
49.- Ha sufrido algún accidente grave: Si () No () Dar Detalles, Fechas, Tratamientos y Consecuencias :									
50.- Tiene algún defecto, incapacidad o problema físico o mental: Si () No () Cuáles?									
51.- Ud. está invalido o ha perdido algún miembro del cuerpo: Si () No () Explique:									
52.- Ha estado Ud. incapacitado para Trabajar por más de 5 días: Si () No () Porqué y en que Fechas?									
53.- Usted se realiza exámenes médicos de rutina normalmente: Si () No () Cada Cuanto?									
54.- Su presión arterial es: Alta () Normal () Baja () Desconoce () En caso que la conozca especifique:									
55.- Tiene algún otro seguro de vida actualmente: Si () No () Señale las Compañías y la Sumas Aseguradas:									
56.- Le han rechazado o cobrado extraprima en algún seguro: Si () No () Porqué y en que Fechas?									
57.- Considera que su persona goza de muy buena salud: Si () No () Por qué?									
58.- Ha sido diagnosticado y/o recibido algún tipo de tratamiento y/o le han recomendado algún tipo de tratamiento médico o natural y/o la realización de exámenes médicos por las siguientes enfermedades: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias y Soplos Cardíacos, Arritmias, Enfermedades del Pulmón, Cancer, SIDA o HIV y/o Hepatitis: Si () No () En caso que su respuesta sea positiva, especificar las Enfermedades, Diagnósticos, Tratamientos, Fechas, Médicos o Centros Médicos, Consecuencias y todos los detalles que conozca:									

continua atrás.....

continuación.....

59.- Ha sido diagnosticado y/o recibido algún tipo de tratamiento y/o le han recomendado algún tipo de tratamiento médico o natural y/o la realización de exámenes médicos por las siguientes enfermedades: Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Insuficiencia Renal, Ulceras Gástricas, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsia, Enfermedades Mentales, Enfermedad de Alzheimer y/o SIDA o HIV:

Si () No () En caso que su respuesta sea positiva, especificar las Enfermedades, Diagnósticos, Tratamientos, Fechas, Médicos o Centros Médicos, Consecuencias y todos los detalles que conozca:

60.- Tiene o ha tenido algún otro problema de Salud no señalado: Si () No () Explique:

61.- Se encuentra realizando algún tratamiento médico o natural: Si () No () Cuáles y Por qué?

62.- Ud. se encuentra tomando algún medicamento actualmente: Si () No () Cuáles y Por qué?

63.- Ud. ha sido o va ser hospitalizado: Si () No () Porqué y Cuando?

64.- Le han realizado o le van a realizar alguna operación o cirugía: Si () No () Porqué y Cuando?

65.- Algún familiar directo (Padres, Hermanos, Abuelos) tienen o ha tenido Hipertensión, Enfermedades Cardíacas o del Corazón, Diabetes, Cáncer o Enfermedades Congénitas:

Si () No () En caso que su respuesta sea positiva, especificar la Persona, Enfermedad y su Estado Actual:

66.- Ud se encuentra embarazada (solo mujeres): Si () No () De Cuántos meses y cada cuanto realiza sus revisiones médicas:

IMPORTANTE: En caso que quiera ampliar o complementar alguna de las preguntas anteriores, utilizar este espacio, indicando el número de pregunta antes de la aclaración:

BENEFICIARIOS: La suma de los porcentajes debe ser 100%

Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres Completos	Parentesco	Porcentaje
					100%

Condiciones Especiales para el Pago de las Sumas Aseguradas:

Por la presente, confirmo la exactitud y veracidad de todas las declaraciones expresadas en este documento. Asimismo, declaro que nada he ocultado, omitido o alterado y que me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables y fundamentales para la apreciación del riesgo por parte de Seguros y Reaseguros Personales Univida S.A., y que cualquier declaración falsa, reticente, inexacta o cualquier omisión u ocultación de información libera a Seguros y Reaseguros Personales Univida S.A. de cualquier responsabilidad en caso de siniestro dentro de los plazos establecidos en el artículo 1138 del Código de Comercio. Asimismo, consiento expresamente que Seguros y Reaseguros Personales Univida S.A. evalúe mi aceptación como Asegurado, de acuerdo a los términos y condiciones convenidas previamente. Sin embargo, declaro tener conocimiento que las presentes declaraciones no otorgan cobertura alguna, si no hasta que Seguros y Reaseguros Personales Univida S.A. las haya evaluado y mediante nota expresa hubiera confirmado la aceptación de la Cobertura Individual. Finalmente, por medio de la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, centro médico, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o mi salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por Seguros y Reaseguros Personales Univida S.A. A su vez faculto, sin restricciones a Seguros y Reaseguros Personales Univida S.A., para que solicite y tenga acceso irrestricto y/o retire copias de tales antecedentes, exámenes, informes médicos y/o cualquier otro documento, de las personas e instituciones señaladas anteriormente. La presente autorización, tendrá validez incluso después de mi Muerte o Invalidez.

El presente documento, tiene una validez de 30 días calendario, y no es válido sin la fecha y ciudad en la que se firmó. Asimismo, es nulo sin la firma original del Solicitante y Tomador.

Día	Mes	Año	Ciudad y País

Firma del Solicitante

Firma del Tomador