



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO ANUAL RENOVABLE (FORMULARIO A SER LLENADO POR CADA PERSONA A ASEGURAR)

Formato aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 0561/2018 del 07/05/2018

COD. 210-934635-2015 12 002 3005

La solicitud debe llenarse en letra de imprenta, contestando todas las preguntas o marcando el cuadro correspondiente.

A. DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR

Formulario for personal data including fields for APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, APELLIDO CASADA, NOMBRES, N° CARNET DE IDENTIDAD, Ext., EDAD, NACIONALIDAD, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, TELÉFONOS, DIRECCION, ESTADO CIVIL, PROFESIÓN, OCUPACION PRIMARIA, and OCUPACION SECUNDARIA.

B. BENEFICIARIOS (en caso de muerte del asegurado)

Table with 6 columns: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, APELLIDO CASADA, NOMBRES, PARENTESCO, and PORCENTAJE.

DE ACUERDO CON EL ART. 1127 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

¿DESEA RENUNCIAR AL CAMBIO DE BENEFICIARIOS?

SI [] NO []

C. RIESGOS ESPECIALES A INCLUIRSE EN EL SEGURO

Formulario for special risks including questions about residence in foreign countries, travel frequency, sports, and driving habits.

D. PERFIL DE SALUD

¿CUÁL ES SU PESO ACTUAL? (EN Kgs.): ¿CUÁL ES SU ESTATURA? (EN CM.): ¿CUÁL ES SU TENSIÓN ARTERIAL?:

Antecedentes familiares

Table for family history with columns: Familiar, Estado de Salud/Edad al fallecer (si corresponde)/Observaciones, and Edad Actual.

Usted en los últimos cinco años ha...

Formulario for health profile questions regarding weight changes, alcohol consumption, smoking, and medical history.

Perfil médico

Formulario for medical profile questions regarding current medical treatment and past illnesses.

D.1 ¿LE HAN PRESCRITO DURANTE UN CIERTO TIEMPO MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN O LA CIRCULACIÓN, CONTRA LA HIPERTENSIÓN, ANTICUAGULANTES? ¿OTROS MEDICAMENTOS: ANTIBIÓTICOS INSULINA, HORMONAS, DERIVADOS DE LA CORTISONA, SOMNÍFEROS O TRANQUILIZANTES?

Formulario for medication questions with checkboxes and text input fields for details.

¿HA SIDO SOMETIDO (A)? (POR FAVOR NO OMITA RESPONDER NINGUNA PREGUNTA DE ESTA SECCIÓN MARCANDO SI O NO)

¿ELECTROCARDIOGRAMA(S)?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿POR QUÉ?	¿RESULTADO?	¿CUÁNDO?
¿ENCEFALOGRAMA(S)?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿POR QUÉ?	¿RESULTADO?	¿CUÁNDO?
¿LABORATORIO DE SANGRE U URINA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿POR QUÉ?	¿RESULTADO?	¿CUÁNDO?
¿TEST DE ELISA PARA HIV?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿POR QUÉ?	¿RESULTADO?	¿CUÁNDO?
¿ECOGRAFÍA?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿POR QUÉ?	¿RESULTADO?	¿CUÁNDO?

HA SIDO SOMETIDO A? (POR FAVOR NO OMITA RESPONDER NINGUNA PREGUNTA DE ESTA SECCIÓN MARCANDO SI O NO)

¿TOMOGRAFÍA? SI NO ¿POR QUÉ?..... ¿CUÁNDO?.....

PARA TODOS LOS SOLICITANTES

¿SU CAPACIDAD DE TRABAJO ESTA REDUCIDA?: SI NO ¿SE DEBÍO A? ACCIDENTE ENFERMEDAD

FAVOR ESPECIFICAR (CUANDO, TRATAMIENTO Y SECUELAS).....

¿HA ESTADO USTED DE BAJA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, DURANTE MÁS DE TRES SEMANAS CONSECUTIVAS? SI NO

¿DURACIÓN?..... ¿MOTIVO?..... ¿CUÁNDO?.....

¿HA HABIDO EN SU FAMILIA ENFERMOS DEL CORAZÓN, DIABÉTICOS O CON OTRAS ENFERMEDADES DE CARÁCTER HEREDITARIO? SI NO

¿QUIÉNES?..... ¿QUÉ ENFERMEDAD?.....

D.2 PARA PERSONAS DE SEXO FEMENINO ÚNICAMENTE

¿ESTA USTED EMBARAZADA? SI NO ¿MESES?..... ¿EL EMBARAZO SE DESARROLLA NORMAL? SI NO

¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GINECOLÓGICA O DE LOS SENOS? SI NO

¿PRESENTA O PRESENTÓ DESORDENES HORMONALES DURANTE LA ADOLESCENCIA? SI NO ¿CUÁL?

¿SE SOMETIO ALGUNA VEZ A ALGÚN TRATAMIENTO HORMONAL SI NO ¿CUÁL?

¿QUÉ ENFERMEDAD?..... ¿CUÁNDO?.....

D.3 EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS LE DIAGNOSTICARON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TRASTORNOS

1) ¿AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS: NEUMONÍA O PLEURECÍA, TUBERCULOSIS, TOS DE LARGA DURACIÓN O BRONQUITIS, ASMA, SILICOSIS U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) ¿AFECCIONES DEL CORAZÓN O DEL APARATO CIRCULATORIO: LESIÓN DEL CORAZÓN, INFARTOS, TENSIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA, AFECCIONES DE LOS VASOS (VENAS O ARTERIAS)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3) ¿AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO: ESTOMAGO, INTESTINOS, BAZO, HÍGADO, VESÍCULA, PÁNCREAS U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4) ¿AFECCIONES URINARIAS O DE LOS ÓRGANOS GENITALES: RIÑONES, VEGIJA, ALBÚMINA O SANGRE EN LA URINA, CÁLCULOS U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5) ¿AFECCIONES DEL CEREBRO O DEL SISTEMA NERVIOSO: VÉRTIGOS, DESVANECIMIENTO, EPILEPSIA, CONVULSIONES, PARÁLISIS, DEPRESIÓN, ENFERMEDAD MENTAL U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6) ENFERMEDAD DE LA PIEL O DE LOS SENTIDOS: ECZEMA, ERUPCIONES, ENFERMEDAD DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS (DISMINUCIÓN)? ¿ESTA ENFERMEDAD CORREGIDA POR EL USO DE LENTES O DE UN APARATO ACÚSTICO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7) ¿ENFERMEDADES INFECCIOSAS (ESCARATINA, DIFTERIA, ANSINAS DE REPETICIÓN, FIEBRE TIFOIDEA, SEPTICEMIA, HEPATITIS, INFECCIONES, HIV - SIDA ENFERMEDADES ASOCIADAS, MENINGITIS), O TROPICALES (MALARIA U OTRAS) ENFERMEDADES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8) ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y DE LAS ARTICULACIONES: COLUMNA VERTEBRAL, CIÁTICA, ARTRITIS, REUMATISMO, OSTEOPOROSIS U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9) ¿PERTURBACIONES FUNCIONALES O DE LAS GLÁNDULAS: DIABETES, GOTA, GLÁDULA TIROIDEA (BOCIO) U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10) ENFERMEDADES DE LA SANGRE: ANEMIA, LEUCEMIA, ALERGIAS U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11) ¿ULCERAS, TUMORES, CÁNCER?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12) ¿HA SIDO USTED SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U HOSPITALIZACIÓN O TIENE QUE SER SOMETIDO A ALGUNA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13) ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE GRAVE O INTOXICACIÓN? EN CASO DE TRAUMATISMO CRANEAL, INDICAR SI HUBO COMA O PERDIDA DE CONOCIMIENTO Y SU DURACIÓN?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNO DE LOS PUNTOS DEL 1) AL 13). POR FAVOR DETALLAR LINEAS ABAJO (INDICANDO EL NO DE PREGUNTA): CUANDO OCURRIÓ, DURACION, TRATAMIENTO, FECHA DE CURACIÓN, SECUELAS, OBSERVACIONES U OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE:

PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTA SOLICITUD, DECLARA EL SOLICITANTE QUE TODAS LAS RESPUESTAS A LA PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD, SON VERIDICAS Y ESTAN COMPLETAS, ASIMISMO CONVIENE EL SOLICITANTE Y EL PROPONENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS QUE APARECEN EN ESTA SOLICITUD SE CONSIDERAN COMO NECESARIAS AL CONTRATO DE SEGURO SOLICITADO Y QUE LA VERACIDAD DE TALES DECLARACIONES Y RESPUESTAS, CONSTITUYEN LA BASE Y EL MONTO POR LAS CUALES SE CELEBRA EL CONTRATO.

MUY IMPORTANTE (LEER ANTES DE FIRMAR)

LA RETICENCIA O INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO, SIN DOLO DE SU PARTE, DAN DERECHO AL ASEGURADOR A DEMANDAR LA ANULACIÓN DEL CONTRATO DENTRO DE LOS TREÍNTA DIAS DE CONOCIDOS TALES HECHOS POR ÉL, DEBIENDO RESTITUIR, EN ESTE CASO, LAS PRIMAS DEL PERÍODO NO CORRIDO. PASANDO ESTE PLAZO, NO PUEDE IMPUGNAR EL CONTRATO POR LAS CAUSAS SEÑALADAS. SI SE SUBSANAN LOS ERRORRES U OMISIONES PUEDEN OPTAR POR REAJUSTAR LAS PRIMAS DE ACUERDO AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

LAS DECLARACIONES FALSAS O RETICENTES HECHAS CON DOLO O MALA FE HACEN NULO EL CONTRATO DE SEGURO. EN ESTE CASO EL ASEGURADO NO TENDRÁ DERECHO A LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS PAGADAS.

LA RETICENCIA O INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO SOBRE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR EL ASEGURADOR, LE HUBIERAN INDUCIDO NO ACEPTAR EL CONTRATO O A ESTIPULAR CONDICIONES DISTINTAS, HACEN ANULABLE EL CONTRATO DE SEGURO, CON LA SALVEDAD PREVISTA EN LOS ARTÍCULOS 1138 Y 1140, SOBRE EL SEGURO DE VIDA

EL SOLICITANTE AUTORIZA A LOS MÉDCOS QUE LOS HAYAN ATENDIDO O QUE LO ATIENDAN EN LO SUCESIVO, PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS Y REASEGUROS PERSONALES UNIVIDA S.A., TODOS LOS INFORMES REFERENTE A SU ESTADO DE SALUD, EN CASO DE ENFERMEDA O ACCIDENTE, PARA LO CUAL RELEVA A DICHS MÉDICOS EN RELACIÓN CON SU SECRETO PROFESIONAL, DE TODA RESPONSABILIDAD EN QUE PUEDA INCURRIR AL PROPORCIONAR TALES INFORMES.

LUGAR:..... FECHA:...../...../.....

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

OBSERVACIONES:
