



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

COMUNICADO CD - OF.MA. N°002/2021-2022

LA OFICIALÍA MAYOR A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL COMO MEDIDA DE SALVAGUARDAR LA VIDA DE LAS Y LOS DIPUTADOS, REPRESENTANTES ANTE ORGANISMOS PARLAMENTARIOS SUPRAESTATALES DE ESTE ENTE CAMARAL **COMUNICAN** LO SIGUIENTE: RECABAR LOS FORMULARIOS DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO Y SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA LA GESTIÓN 2022. O DESCARGAR DEL INTRANET INSTITUCIONAL:

<http://intranet.diputados.bo>

MISMOS QUE DEBERAN SER LLENADOS Y PRESENTADOS A LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL HASTA EL DÍA MARTES 21 DE DICIEMBRE DE 2021 INDEFECTIBLEMENTE.

LA OMISIÓN DE ESTE TRÁMITE ADMINISTRATIVO, DESLINDA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A ESTA ADMINISTRACIÓN.

LA PAZ, 14 DE DICIEMBRE DE 2021


Lic. Erick Sandoz Quispe Siñani
JEFE DE UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL


Lic. Nancy Patricia Mener Ancasi
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS
CAMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL


Lic. T. Nicolas Torrez Mamani
OFICIAL MAYOR
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL



Legislado con el pueblo

Estimado Cliente, agradeceremos completar la información que se requiere a continuación: (utilice letra clara)

DATOS PERSONALES

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

1.- Apellido Paterno:		2.- Apellido Materno:		3.- Apellido de Casada:		4.- Nombres Completos:			
5.- Sexo: Masculino () Femenino ()		6.- Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año:		7.- Edad:		8.- Ciudad y País de Nacimiento:		9.- Tipo y Número de Documento de Identidad :	
7.- Peso (Kg):	8.- Estatura (cm):	9.- Dirección y Número de Domicilio:			10.- Teléfonos:		11.- Ocupación:		

CUESTIONARIO (Las respuestas deben ser marcadas con una X)

RESPUESTAS

	SI	NO
1. ¿Se encuentra Ud. Actualmente en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha padecido o padece de cualquier enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene algún defecto físico o congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le han detectado algún tumor o efectuado alguna prueba para descartar cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido sometido o le recomendaron alguna operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha aumentado o disminuido considerablemente de peso en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Fuma más de 10 cigarrillos diarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Realiza viajes en algún medio de transporte aéreo no comercial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente a alguno de los puntos 2 al 8, debe detallar su respuesta señalando además cuando ocurrió, duración, tratamiento, fecha de curación, secuelas, observaciones u otros:

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.

BENEFICIARIOS: La suma de los porcentajes debe ser 100%

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

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



**SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES 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. 210-935029-2015 12 004 3005

LUGAR: _____ FECHA: ____/____/____

A. DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (Identificación requerida por la UIF, por favor no omita ningún campo)

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
 Apellido de Casada: _____ Nombre (s): _____
 N° Carnet de Identidad: _____ Ext. CI _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Teléfonos: _____
 Dirección (calle, N°, barrio/zona) _____ Sexo: _____
 Estado Civil: _____ Profesión: _____
 Ocupación principal/cargo: _____ Ocupación Secundaria: _____
 ¿Es zurdo(a)? Si No Pasatiempos: _____
 ¿Ha sufrido mutilaciones, o tiene efectos físicos? ¿Cuáles? _____
 ¿Ha sufrido algún accidente? ¿Cuándo? ¿Qué secuelas tiene? _____

Se entiende por accidente a un suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas y causa daño a la persona.

¿Realiza deportes Peligrosos o Extremos? (Artes Marciales, Motociclismo, Automovilismo etc,?) Si No

Detallar: _____

¿Actualmente sufre de alguna enfermedad? ¿Especificar cual (es)? _____

B. BENEFICIARIOS (en caso de muerte accidental de la persona a asegurar)*

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	APPELLIDO DE CASADA	NOMBRES	PARENTESCO	PORCENTAJES

(* En caso de no llenarse este apartado, los beneficiarios en caso de muerte accidental serán los herederos legales.

PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTA SOLICITUD, EL SOLICITANTE DECLARA QUE TODAS LAS RESPUESTAS A LA PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDICAS Y ESTÁN COMPLETAS, ASIMISMO CONVIENE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS QUE APARECEN EN ESTA SOLICITUD FORMARÁN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA.

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.

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.

EL SOLICITANTE AUTORIZA A LOS MÉDICOS, CLÍNICAS, HOSPITALES U OTROS CENTROS DE SALUD QUE LO HAYAN ATENDIDO O QUE LO ATIENDAN EN EL FUTURO, PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS Y REASEGUROS PERSONALES UNIVIDA S.A. TODOS LOS INFORMES REFERENTES A SU SALUD, EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PARA LO CUAL RELEVA A DICHS MÉDICOS O CENTROS MÉDICOS EN RELACIÓN CON SU SECRETO PROFESIONAL, DE TODA RESPONSABILIDAD EN QUE PUEDA INCURRIR AL PROPORCIONAR TALES INFORMES.

FIRMA DE LA PERSONA A ASEGURAR

Nota: Estimado cliente, debe anexas al presente formulario una fotocopia simple de su cédula de identidad.