



SEGURO DE VIDA GRUPO ANUAL RENOVABLE / SOLICITUD DE SEGURO, DECLARACIÓN DE SALUD SIMPLIFICADA Y DECLARACIÓN 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 3002

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