



**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)*

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO 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 VERÍDICAS 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 anexar al presente formulario una fotocopia simple de su cédula de identidad.