

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL UNIVERSAL-PREVISIÓN
SELECCIÓN SIMPLIFICADA**

COD. APS 203-934104-2000 01 002 3016
RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DS/No 300/2023

Favor escriba con tinta y mayúsculas:

1. Solicitante por cuenta y a nombre de la persona a asegurar (Tomador):.....
2. Dirección del Solicitante

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO:

3. Persona a Asegurar
4. Documento de identificación: CI () CE () N°..... Lugar de expedición..... 5. Fecha de nacimiento/...../.....
6. Edad..... 7. Género: M () F () 8. Lugar de nacimiento.....
9. Nacionalidad..... 10. Estado Civil
11. Dirección del Domicilio: Calle o Avenida
Zona..... Ciudad
12. Profesión:..... 13. Lugar donde trabaja
14. Actividad principal 15. Actividad Secundaria
16. Dirección del Negocio /Oficina/Trabajo: Teléfono.....
17. ¿Cuál es su ingreso Anual? (Dólares):
18. Coberturas:
Cobertura Principal Muerte por cualquier causa Monto en USD
19. Coberturas Complementarias:
Exoneración de pago de primas Si () No ()
Muerte Accidental (Doble Indemnización y Beneficios por Accidente) Si () No () (Dólares)
Pago Anticipado del Capital en caso de Invalidez Total y Permanente Si () No () (Dólares)
Pago Anticipado del Capital Asegurado por Enfermedades Graves Si () No () (Dólares)

20. Personas a ser Beneficiarios:

Beneficiarios Primarios:

Nota: Según las Condiciones Generales de la Póliza, a la muerte del Asegurado se pagará el Capital Asegurado a los Beneficiarios Primarios. En caso de fallecimiento de un Beneficiario Primario antes que el Asegurado o simultáneamente con éste, se pagará la proporción que correspondía al beneficiario primario fallecido, a los beneficiarios secundarios en los porcentajes establecidos por el Asegurado.

NOMBRE (PRIMARIOS)	PARENTESCO	PORCENTAJE
.....%
.....%
.....%
.....%

Beneficiarios Secundarios:

Nota: Según las Condiciones Generales de la Póliza, solo a la muerte de un Beneficiario Primario antes que el Asegurado o simultáneamente con éste, se pagará la proporción que correspondía al beneficiario primario fallecido, a los beneficiarios secundarios en los porcentajes establecidos por el Asegurado.

NOMBRE (SECUNDARIOS)	PARENTESCO	PORCENTAJE
.....%
.....%

Condiciones especiales para el pago de la indemnización a las personas a ser beneficiarios: Si () No () Solo si marcó Sí adjuntar carta.

Al fallecimiento del asegurado se pagará el Capital Asegurado a los Beneficiarios Primarios. En caso de fallecimiento de un beneficiario Primario antes que el Asegurado o simultáneamente con éste, se pagara la proporción que correspondía al Beneficiario Primario fallecido, a los Beneficiarios Secundario en los porcentajes establecidos por el Asegurado.

21. ¿Renuncia al derecho de cambio de beneficiario? Si () No ()
Según lo estipulado en el artículo 1127 del Código de Comercio: el derecho del asegurado de revocar la designación del beneficiario cesa cuando se realice la renuncia del mismo.
22. ¿Es usted piloto de aeronave, tripulante a bordo, desempeña funciones en la superficie? Si () No ()
23. ¿Realiza o va a realizar vuelos como pasajero en aeronaves públicas, comerciales, de transporte aéreo no regular, militares, de aduana, de policía o de organismos internacionales no registrados en DGAC? Si () No ()
24. ¿Participa o tiene como hobby algún deporte peligroso? (Deportes automovilísticos, aéreos, acuáticos o con armas de fuego) Si () No ()
¿Cuál? (solo si marco SI)
25. ¿Tiene en vigor otras pólizas de seguros de vida, en esta u otra Compañía (*) nacional o extranjera? Si () No ()
Si la respuesta es afirmativa, favor dar detalles:

COMPañIA	CAPITAL (SUS)
.....
.....

(*) Si la Póliza es de La Vitalicia y el Asegurado no recuerda el capital Asegurado, se debe llamar a La Vitalicia para completar la información.

Certifico que todas las declaraciones y respuestas de esta solicitud, son completas y verídicas.

Por la presente, acepto que esta Solicitud no es un contrato de seguro y que éste solo existirá si me emite y entrega una Póliza de acuerdo con esta Solicitud, previo pago de la primera prima, entendiéndose que en este momento, me encuentro con vida.

Lugar y Fechade.....de

Firma de la Persona a asegurar

Nombre del Agente

Firma del Solicitante

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

1. Estatura..... cm. 2. Peso:Kg
3. ¿Fuma más de 25 cigarrillos diarios? Si () No ()
4. Ud. ha padecido, padece o está en estudio por alguna de las siguientes enfermedades: VIH, presión alta, enfermedades del corazón, dolores en el pecho o angina, soplos cardíacos, derrame o embolia cerebral, cáncer, enfermedad pulmonar crónica o enfisema, diabetes mellitus, colesterol elevado, lupus, enfermedad del sistema nervioso, parálisis, enfermedad mental o epilepsia, hepatitis B o C, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, enfermedad de la sangre o alguna enfermedad no indicada en este listado. Si () No ()
En caso afirmativo para estas enfermedades, favor dar detalles (enfermedad, fechas, tratamientos, médicos, hospitales, etc.):
.....
.....
.....
5. ¿Tiene dos o más familiares (padres, hermanos, hijos) con diabetes, Cáncer, derrame cerebral, infarto o demencia? Si () No ()
6. (Solo para mujeres) ¿Está embarazada en la actualidad?: Si () No () En caso afirmativo, ¿de cuantos meses?:

Certifico que todas las declaraciones y respuestas de esta Declaración de Salud, hechas o que hayan de hacerse al médico examinador, cuestionarios y modificaciones, son completas y verídicas.

Por la presente, acepto que esta Declaración de Salud no es un contrato de seguro y que éste solo existirá si se emite y entrega una Póliza de acuerdo con esta Declaración de Salud, previo pago de la primera prima, entendiéndose que en este momento, me encuentro con vida y con buena salud.

Asimismo, certifico que todas las declaraciones y respuestas de esta Solicitud son completas y verídicas, aceptando que esta solicitud es una declaración jurada, en concordancia a los artículos 992, 993 y 999, de la Sección II, Capítulo I, Título III, del Código de Comercio.

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A., a su vez faculto a ésta última para que solicite y/o retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas e instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte.

Por la presente autorizo a LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A., utilizar la información contenida en la presente declaración para propósitos de este seguro, misma que podrá ser compartida con Compañías de Reaseguro debidamente autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS).

Lugar y Fecha de..... de

Firma de la Persona a asegurar