

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO - A
(FORMULARIO A SER LLENADO POR CADA PERSONA A ASEGURAR)

Código: 204 - 934607 - 2008 01 051 4007

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

A. DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO:

APELLIDO CASADA: NOMBRES:

Nº CARNET DE DE IDENTIDAD: Ext. EDAD: NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: TELÉFONOS: SEXO: Masculino Femenino

DIRECCIÓN (CALLE, Nº, BARRIO/ZONA) ESTADO CIVIL:

PROFESIÓN: OCUPACIÓN PRINCIPAL: OCUPACIÓN SECUNDARIA:

INGRESOS ANUALES ACTUALES \$us. (Dólares):

B. BENEFICIARIOS (en caso de muerte del asegurado)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	PARENTESCO	PORCENTAJE
.....
.....
.....
.....

¿DESEA RENUNCIAR AL CAMBIO DE BENEFICIARIOS? SI NO

C. RIESGOS ESPECIALES A INCLUIRSE EN EL SEGURO

¿PIENSA RESIDIR EN EL EXTRANJERO? SÍ NO ¿Dónde? ¿Porqué?

¿CUÁNTOS VIAJES REALIZA AL AÑO? ¿Dónde? ¿Porqué medio (s)?

¿DEPORTES PELIGROSOS O EXTREMOS? (ARTES MARCIALES, BOXEO, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, etc). SÍ NO Detallar:

¿MOTICICLISMO (CARRERAS)? SÍ NO Frecuencia: ¿AUTOMOVILISMO (CARRERAS)? SÍ NO Frecuencia:

¿VIAJES EN AVIONES Y/O HELICÓPTEROS PRIVADOS? SÍ NO Frecuencia: ¿USA MOTOCICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE? SÍ NO Frecuencia:

¿OTROS? SÍ NO Detallar: ¿VIAJES EN LÍNEAS AÉREAS NO REGULARES? SÍ NO Frecuencia:

D. PERFIL DE SALUD

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

¿SU PESO A VARIADO (AUMENTADO O DISMINUIDO) EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?: SÍ NO ¿POR QUÉ? DETALLAR:

¿QUÉ BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUME USTED? SÍ NO ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA USTED? SÍ NO ¿CUÁNTAS VECES DIARIAMENTE?

¿HACE O HA HECHO USO DE ESTUPEFACIENTES? SÍ NO ¿CUÁLES? ¿POR QUÉ?

D.1 ¿LE HAN PRESCRITO DURANTE UN CIERTO TIEMPO MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN O LA CIRCULACIÓN, CONTRA LA HIPERTENSIÓN, ANTICUAGULANTES? SÍ NO

¿OTROS MEDICAMENTOS: ANTIBIÓTICOS INSULINA, HORMONAS, DERIVADOS DE LA CORTISONA, SOMNÍFEROS O TRANQUILIZANTES? SÍ NO

¿CUÁL? ¿CUÁNTO TIEMPO? ¿POR QUÉ?

¿LE HAN PRESCRITO UNA CURA DE REPOSO, DE DESINTOXICACIÓN, CURA DIETÉTICA O DE ALGÚN OTRO TIPO? SÍ NO

¿CUÁL? ¿CUÁNTO TIEMPO? ¿POR QUÉ?

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUN EXAMEN RADIOLÓGICO? SÍ NO

¿QUÉ EXAMEN? ¿POR QUÉ? ¿RESULTADO?

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

¿ELECTROCARDIOGRAMA(S)?: SÍ NO ¿POR QUÉ? ¿RESULTADO? ¿CUÁNDO?

¿ENCEFALOGRAMA(S)?: SÍ NO ¿POR QUÉ? ¿RESULTADO? ¿CUÁNDO?

¿LABORATORIO DE SANGRE U ORINA?: SÍ NO ¿POR QUÉ? ¿RESULTADO? ¿CUÁNDO?

¿TEST DE ELISA PARA HIV?: SÍ NO ¿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? ¿RESULTADO? ¿CUÁNDO?

PARA TODOS LOS SOLICITANTES

¿SU CAPACIDAD DE TRABAJO ESTA REDUCIDA? SI NO ¿SE DEBIÓ 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

¿ESTÁ 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

¿QUÉ ENFERMEDAD? ¿CUÁNDO?

D.3 PADECE O HA PADECIDO ALGUNO DE LOS TRANSTORNOS SIGUIENTES

- 1) ¿AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS: NEUMONÍA O PLEURESÍA, TUBERCULOSIS, TOS DE LARGA DURACIÓN O BRONQUITIS, ASMA, SILICOSIS U OTRAS? SI NO
- 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 NO
- 3) ¿AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO: ESTOMAGO, INTESTINOS, BAZO, HÍGADO, VESÍCULA, PÁNCREAS U OTRAS? SI NO
- 4) ¿AFECCIONES URINARIAS O DE LOS ÓRGANOS GENITALES; RIÑONES, VEJIGA, ALBÚMINA O SANGRE EN LA ORINA, CÁLCULOS, U OTRAS? SI NO
- 5) ¿AFECCIONES DEL CEREBRO O DEL SISTEMA NERVIOSO: VÉRTIGOS, DESVANECIMIENTOS, EPILEPSIA, CONVULSIONES, PARÁLISIS, DEPRESIÓN ENFERMEDAD MENTAL U OTRAS? SI NO
- 6) ¿ENFERMEDAD DE LA PIEL O DE LOS SENTIDOS: ECZEMA, ERUPCIONES, ENFERMEDAD DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS (DISMINUCIÓN)? SI NO
¿ESTA ENTERAMENTE CORREGIDA POR EL USO DE LENTES O DE UN APARATO ACÚSTICO? SI NO
- 7) ¿ENFERMEDADES INFECCIOSAS (ESCARLATINA, DIFTERIA, ANSINAS DE REPETICIÓN, FIEBRE TIFOIDEA, SEPTICEMIA, HEPATITIS, INFECCIONES, HIV - SIDA ENFERMEDADES ASOCIADAS, MENINGITIS), O TROPICALES (MALARIA U OTRAS) ENFERMEDADES? SI NO
- 8) ¿ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y DE LAS ARTICULACIONES: COLUMNA VERTEBRAL, CIÁTICA, ARTRITIS, REUMATISMO, OSTEOPOROSIS U OTRAS? SI NO
- 9) ¿PERTURBACIONES FUNCIONALES O DE LAS GLÁNDULAS: DIABETES, GOTA, GLÁNDULA TIROIDEA (BOCIO) U OTRAS? SI NO
- 10) ¿ENFERMEDADES DE LA SANGRE: ANEMIA, LEUCEMIA, ALERGIAS U OTRAS? SI NO
- 11) ¿ULCERAS, TUMORES, CÁNCER? SI NO
- 12) ¿HA SIDO USTED SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U HOSPITALIZACIÓN O TIENE QUE SER SOMETIDO A ALGUNA? SI NO
- 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 NO

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNO DE LOS PUNTOS DEL 1) AL 13). POR FAVOR DETALLAR LÍNEAS ABAJO (INDICANDO EL N° DE PREGUNTA): CUANDO OCURRIÓ, DURACIÓN, 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 LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD, SON VERÍDICAS 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 MOTIVO POR LAS CUALES SE CELEBRA EL CONTRATO.

MUY IMPORTANTE (LEER ANTES DE FIRMAR)

LA RETENCIÓN O LA INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO, SIN DOLO DE SU PARTE, DAN DERECHO AL ASEGURADOR A DEMANDAR LA ANULACIÓN DEL CONTRATO DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS DE CONOCIDOS TALES HECHOS POR ÉL, DEBIENDO RESTITUIR, EN ESTE CASO, LAS PRIMAS DEL PERÍODO NO CORRIDO. PASADO ESTE PLAZO, NO PUEDE IMPUGNAR EL CONTRATO POR LAS CAUSAS SEÑALADAS. SI SE SUBSANAN LOS ERRORES U OMISIONES PUEDE 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.

EL SOLICITANTE AUTORIZA A LOS MÉDICOS QUE LO HAYAN ATENDIDO O QUE LO ATIENDAN EN LO SUCESIVO, PARA QUE PROPORCIONEN A LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A., A TODOS LOS INFORMES REFERENTE A SU ESTADO DE SALUD, EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PARA LO CUAL RELEVA A DICHS MÉDICOS EN RELACIÓN CON SU SECRETO PROFESIONAL, DE TODA RESPONSABILIDAD EN QUE PUDIERA INCURRIR AL PROPORCIONAR TALES INFORMES.

LUGAR: FECHA: / /

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

OBSERVACIONES:
