

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

Importante: Lee atentamente las preguntas y no dejes campos sin completar.
 Las firmas en este documento deben ser idénticas a las del Documento de Identidad.
 Las presentes declaraciones son auténticas, completas, y forman parte de la póliza.

1. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	
Nacionalidad (incluír todos los países)		C.I.	
País de nacimiento	Dirección particular (calle y N�)	Ocupación (describa funciones diarias)	Ingreso Anual
Correo electrónico		Celular	Fax
Fecha de Nacimiento	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/>		
Nombre de Empresa / Empleador	Giro de la Empresa	Dirección	Teléfono

 Firma Corredor

 Firma Solicitante

DATOS DEL CONTRATANTE (Completar en caso de que sea distinto del asegurado)

Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	
Documento	Tipo	Número	
Vínculo con el propuesto Asegurado	Dirección particular (calle y N�)		RUT
Localidad / Ciudad / Departamento	Teléfono		Código Postal
Celular	Ingreso Anual		Correo electrónico
Ocupación	Actividad laboral		

Cedo el ejercicio de todos los derechos como Contratante que la póliza solicitada atribuye al Asegurado= SI NO

Dirección de la Empresa / Empleador / Comercio

2. SEGURO DE VIDA

Años	Moneda	Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	
Suma Asegurada	Prima		

 Firma Corredor

 Firma Solicitante

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

3. BENEFICIARIOS

Beneficiarios Titulares

Nombres completos de los beneficiarios	Edad	Parentesco	N° Doc.	Porcentaje

4. FORMAS DE PAGO

Frecuencia de pago de primas Mensual Trimestral Semestral Anual

Pago a través de tarjeta de crédito Visa Mastercard Oca Card Cabal Otros _____
 Amex Italcred Diners

Banco Emisor _____ Vto. Tarjeta _____

Pago a través de débito bancario

Nombre del Banco _____ Sucursal _____

N° de Cuenta Corriente _____ \$ U\$S

N° de Caja de Ahorro _____ \$ U\$S

En caso de débito bancario, adjuntar el formulario de alta del Banco a debitar.

Por la presente autorizo a que los pagos correspondientes al Gasto de Emisión de Póliza y Primas emitidas por la empresa Seguros SURA Uruguay S.A. sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de mi tarjeta.

Todas las declaraciones realizadas en el presente son auténticas, completas y forman parte de esta solicitud.

Firma Autorización

Aclaración Firma Autorización

Firma Solicitante

Aclaración Firma Solicitante

Firma Corredor

Aclaración Firma Corredor



POR SU SEGURIDAD LA INFORMACIÓN DEBAJO DE LA LÍNEA SERÁ REMOVIDA UNA VEZ PROCESADA

TARJETA DE CREDITO - NÚMERO _____

CÓDIGO DE SEGURIDAD _____

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

5. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PROPUESTO ASEGURADO

A - ¿Tiene vigente en este momento algún otro seguro de vida, o un seguro de accidentes personales que incluya un beneficio de hospitalización y/o gastos médicos? SI NO

Si la respuesta es si, por favor detallar:

Año de Emisión:	Compañía:	Tipo de Plan:	Suma Asegurada
-----------------	-----------	---------------	----------------

B - ¿Fuma o ha fumado en los últimos dos años tabaco en cualquier forma? (cigarros, cigarrillos, pipa, etc.) SI NO

Si la respuesta es si, por favor detallar cantidad:

En caso de que esta declaración sea falsa o inexacta Seguros SURA podrá reducir el capital asegurado, reducir la eventual indemnización o rescindir este contrato. El Cliente da su consentimiento mediante este acto.

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

C - ¿Alguna vez le quitaron o suspendieron la licencia de conducir (Temporal o permanentemente)? SI NO

Si la respuesta es si, detallar el motivo:

D - ¿Usará este seguro que está solicitando para reemplazar alguna Póliza existente de vida o Retiro? SI NO

E - Piensa volar en otra calidad que no sea como pasajero o en alguna línea aérea distinta de las regulares? SI NO

F - ¿Piensa practicar o ha practicado algún tipo de deporte o actividad peligrosa? SI NO

Si la respuesta es si, por favor detallar cuál:

OTRAS OBSERVACIONES/ ENDOSOS

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

DECLARACIONES

Por la presente convengo en que:

- 1- La presente solicitud no constituye en sí misma la póliza de seguro. Para que exista contrato de seguro y por lo tanto la cobertura solicitada en la presente se requiere aceptación del riesgo propuesto por parte de Seguros Sura S.A., emisión y entrega de la póliza al solicitante quien se debe encontrar al momento en buen estado de salud, se requiere además que se haya pagado en su totalidad la primera prima
- 2 - Las declaraciones realizadas en la presente solicitud y en sus enmiendas así como las que se realizan al Médico Examinador son verdaderas, completas y vinculantes para las partes relacionadas con el solicitante
- 3 - Cualquier reticencia, falsa o inexacta declaración sobre el estado de salud, actividad, ocupación, realización de deportes de riesgo del solicitante o miembros de su familia que pudiera afectar la valoración del riesgo o que de haber sido conocida por el Asegurador pudiera impedir la celebración del contrato o producir alguna modificación de sus condiciones, faculta al Asegurador para rescindir el contrato. Asimismo Acuerdo y entiendo que los beneficios solicitados no cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de efectividad de la póliza emitida de acuerdo a la presente solicitud.
La aceptación de la póliza implica ratificación de las correcciones o adiciones que haya realizado la compañía en los espacios para ello destinados. Entiendo y estoy de acuerdo que el seguro oncológico solicitado cuenta con un período de carencia de 90 (noventa) días y que por lo tanto no estarán cubiertos signos o síntomas de alguna enfermedad que se produzca durante ese período. Acuerdo y entiendo que el beneficio oncológico será efectivo y entrará en vigencia días después de la fecha de vigencia inicial especificada en la póliza.
- 4 - El corredor no se encuentra autorizado a modificar las declaraciones de esta solicitud así como tampoco a omitir lo requerido
- 5 - Declaración jurada sobre el origen de los fondos: Declaro que los fondos utilizados para el pago de la póliza que se emita provienen de actividades lícitas.
- 6 - Declaración jurada: He leído y comprendido las condiciones de la presente y por ello las acepto sin limitaciones.
- 7 - Autorización: Autorizo a cualquier médico o profesional de la salud así como a cualquier institución a la entrega de antecedentes, información y/o exámenes relativos a mi estado de salud o actividades presentes o pasadas solicitados por Seguros Sura S.A. Autorizo a Seguros Sura S.A. para solicitar y retirar copia de los mencionados antecedentes, información y/o exámenes.

Presto conformidad con lo contenido en esta página.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Todas las declaraciones realizadas en el presente son auténticas, completas y forman parte de esta solicitud

Firma Autorización (Punto 7)	Aclaración Firma Autorización (Punto 7)
Firma Solicitante	Aclaración Firma Solicitante
Firma Corredor	Aclaración Firma Corredor

Opta por póliza digital SI NO

Importante: Verifique que la dirección de correo electrónico este ingresada correctamente.

Acepto recibir la factura en forma electrónica [Art. 8° bis, Res. DGI 798/12]

Firma Solicitante

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

6- CUESTIONARIO MÉDICO

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

El solicitante debe incluir sus comentarios en la Sección 8 para las preguntas de respuesta afirmativa. Por favor, lea todas las preguntas atentamente previo a contestar.

ESTADO DE SALUD DEL SOLICITANTE

1. Durante los últimos 5 años...

- a) ¿Tuvo consulta médica para ser aconsejado, examinado, tratado, u operado? SI NO
- b) ¿Le hicieron un electrocardiograma, rayos X, análisis de sangre u otros exámenes? SI NO
- c) ¿Estuvo hospitalizado, fue paciente de clínica, sanatorio, u otros establecimientos médicos? SI NO
- d) ¿Alguna vez le mandaron algún análisis, hospitalización u operación que no se realizó? SI NO

2. ¿Alguna vez lo trataron o sabe que padeció de...

- a) Cáncer, derrame cerebral o ataque cardíaco? SI NO
- b) Dolor en el pecho, tensión alta, soplo cardíaco, u otra enfermedad circulatoria o sanguínea? SI NO
- c) Diabetes, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de tiroides u otras glándulas, epilepsia, o enfermedad tipo mental o nerviosa? SI NO
- d) Asma, enfisema, u otra enfermedad respiratoria? SI NO
- e) Enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor? SI NO
- f) Enfermedad del hígado o del aparato digestivo? SI NO
- g) Pérdida de la visión, amputación, deformidad, artritis, u otra enfermedad muscular ósea? SI NO

3. a.) ¿Tiene intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía, o realizarse algún examen médico?

b.) ¿Alguna vez recibió tratamiento por alcoholismo o afición a las drogas? SI NO

c.) ¿Toma algún medicamento? SI NO

4. SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)

a) ¿Recibió tratamiento, consejo médico o tuvo/tiene una una condición relacionada con el SIDA; o una enfermedad transmitida sexualmente; o se le ha notificado alguna vez que tiene SIDA?

b) ¿Tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus del SIDA ; o ha sufrido su cónyuge o pareja alguna condición relacionada con el SIDA ? SI NO

SI NO

5. SÓLO PARA MUJERES

a.) ¿Ha tenido algún trastorno en los senos u órganos femeninos?

b.) Está embarazada o piensa que podría estarlo? Si la respuesta es si, por favor indicar de cuántos meses _____

6. MEDICO PARTICULAR (mutualista, medicina privada)

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de última consulta ____/____/____

Motivo de consulta: _____

7. a.) ¿Cuál es su estatura? _____

b.) ¿Y su Peso? _____

c) ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses ?

Si la respuesta es si, por favor indicar el motivo _____

8. En caso de respuesta afirmativa a alguna de estas preguntas (que aún no haya especificado) por favor indique diagnóstico, fecha, duración, grado de recuperación, y datos personales de médicos y/o personas que puedan aportar información:

Firma Solicitante

Firma Corredor

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

9. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL SOLICITANTE

a) ¿Hay antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, alteraciones cardíacas, enfermedad sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio en su familia? En caso afirmativo detallar en la sección 8 en la página anterior. SI NO

b) Por favor completar:

	EDAD	ESTADO DE SALUD/CAUSA DE MUERTE	EDAD AL MORIR
PADRE			
MADRE			
HERMANOS N° VIVOS <input type="checkbox"/>			
HERMANOS N° MUERTOS <input type="checkbox"/>			

FECHA:

Firma Solicitante

Firma Corredor

7 - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y SALUD

Frecuencia de pago: Anual Mensual

COBERTURA CONTRATADA

Clase ocupacional: 1 2 3 4 5

PLAN Y/O BENEFICIO	<input type="checkbox"/> TITULAR		<input type="checkbox"/> CONYUGUE		<input type="checkbox"/> PLAN FAMILIAR	
	SUMA ASEGURADA	PRIMA	SUMA ASEGURADA	PRIMA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
Muerte Accidental (MA)						
(MA) Pérdidas Físicas Parciales (PFP)						
(MA) (PFP) e Incapacidad Total y Permanente Accidental						
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad						
Cónyuge						
Seguro Oncológico						
Enfermedades Graves						

Total Prima Anual \$ U\$S

Total Prima \$ U\$S

Firma Solicitante

Firma Corredor

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (APLICA A TODAS LAS COBERTURAS)

1. ¿Alguno de los asegurados propuestos presentó alguna vez solicitud de accidentes, enfermedad, incapacidad, hospitalización o vida la cual haya sido total o parcialmente rechazada, propuesta o retirada, o tuvo algún seguro de los mencionados que haya sido modificado o aumentado en tasa de prima o cancelado o con la renovación rechazada? SI NO
2. ¿Alguna de las personas propuestas presentó tratamiento o padecen diabetes, tensión arterial alta, desorden o enfermedad del corazón, pulmón, espalda o columna, cáncer, úlcera, enfermedades del riñón o hígado, desórdenes en el aparato digestivo, epilepsia, condición nerviosa, trastornos mentales o de peso, alcoholismo o abuso de drogas o cualquier enfermedad, anormalidad, defecto o lesión, o alguna otra enfermedad en los últimos 5 (cinco) años? SI NO
3. ¿Las personas propuestas están en buen estado de salud y libre de cualquier impedimento o deformidad física?
Si la respuesta es no, por favor detallar: SI NO
4. ¿Algún miembro de su familia o ud. recibió consejo médico o tratamiento relacionado con el SIDA o una condición relacionada con la misma patología o con alguna enfermedad transmitida sexualmente?
Si la respuesta es si, por favor indique que el nombre y su parentesco: SI NO
5. ¿Tiene ud. o alguna de las personas propuestas pérdida de peso, diarrea, glándulas engrandecidas y/o inflamables, lesiones en la piel poco comunes sin motivo aparente? SI NO

APLICA SOLAMENTE PARA ACCIDENTES PERSONALES

6. ¿Alguna de las personas propuestas tiene seguros de vida, muerte accidental, incapacidad, de hospitalización, cobertura de medicina prepaga o mutualista o han solicitado alguna vez un seguro de este tipo?
Si la respuesta es si, por favor indicar: SI NO
- Compañía _____ Monto asegurado _____ Fecha emision / /
7. ¿Algunas de las personas propuestas practican o piensan practicar algún deporte o actividad riesgosa?
Si la respuesta es si, por favor indicar cuál: SI NO
8. ¿Posee moto o similar? SI NO
9. ¿Cuántas veces al año vuela, a qué destinos y con qué propósitos?
_____ SI NO

APLICA SOLAMENTE PARA SEGURO ONCOLÓGICO

10. ¿Ha tenido un diagnóstico de cáncer? SI NO
11. ¿Algún familiar ha tenido un diagnóstico de cáncer? SI NO
- Si la respuesta es si, por favor indicar:

Nombre _____ Parentesco _____

12. Del Asegurado principal: Peso _____ Estatura _____

Firma Solicitante

Firma Corredor

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

APLICA SOLO PARA SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

13. Le diagnosticaron alguna vez o tuvo o recibió tratamiento por leucemia, o por alguna condición precancerígena incluyendo: cáncer de piel, lunares, lesión crónica, ataque al corazón, dolores de pecho, fiebre reumática, infarto, desórdenes circulatorios vejiga o próstata o aparato reproductor, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, enfermedad circulatoria o sanguínea? SI NO

Si la respuesta es si, por favor indicar la fecha: / /

14. ¿Ha tenido en los últimos 5 años algún defecto físico, examen médico, electrocardiograma, rayos X, análisis de sangre u otros exámenes diagnósticos, alguna enfermedad, operación o diagnóstico médico que no haya mencionado arriba? SI NO

15. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas, en forma continua, por más de una semana en los últimos 3 meses? fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios inflamados, o lesiones en la piel (Si la respuesta es si favor marcar cuál) SI NO

16. ¿Fuma o ha fumado en los últimos 2 años tabaco en cualquier forma? SI NO
Si la respuesta es si favor indicar cantidad diaria: _____

Acepto que toda y cualquier inexactitud o incumplimiento de lo declarado antes y por cualquier forma en que se verifique, dará derecho absoluto e inmediato a Seguros SURA S.A. para reducir el capital asegurado o la indemnización correspondiente a este seguro, a aquella suma que hubiera resultado al convertir este seguro en uno del mismo tipo sin la rebaja de primas conferidas por el hecho de haber sido emitida la Declaración de No Fumador.

17. ¿Tiene antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, alteraciones cardíacas, infartos, enfermedad sanguínea renal, enfermedad mental o suicidio en su familia? En caso afirmativo indique: SI NO

Nombre _____ Parentesco _____

SÓLO PARA MUJERES

18. a) ¿Tuvo alguna vez un trastorno en los senos u órganos de reproducción femeninos? SI NO
 b) ¿Está embarazada o sospecha que puede estarlo? SI NO
 c) ¿Ha tenido cualquier miembro de su familia (madre, hermanas, o hijas) cáncer de mama, ovario o útero? SI NO
 d) ¿Alguna vez le informaron que tiene el virus del papiloma humano (HPV)? SI NO

Si la respuesta es si en cualquiera de las anteriores, por favor indicar la fecha

Firma Solicitante

Firma Corredor

Solicitud de SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y/O SALUD

8 - DECLARACIÓN DEL CORREDOR

Por favor indicar cualquier pedido especial en la sección "Detalles adicionales y/o instrucciones especiales".

1. ¿Conoce al propuesto asegurado? Bien Algo Reciente

2. ¿Tiene una relación familiar con el propuesto asegurado? SI NO

Si la respuesta es si, por favor indicar su parentesco: _____

3. ¿Tiene información desfavorable respecto a la salud, carácter, hábitos, modo de vida u ocupación del contratante? SI NO

4. ¿El Propuesto Asegurado tiene una solicitud pendiente para vida, accidente o enfermedad en otra Compañía? SI NO

SOBRE EL CONYUGE O CONCUBINO DEL PROPUESTO ASEGURADO

SI NO

5. Si es casado, nombre del cónyuge _____ Edad _____

6. ¿Trabaja? SI NO

7. Si la respuesta es si, indicar su ocupación _____

8. ¿Tiene vigente en este momento algún otro seguro de vida, o un seguro de accidentes personales que incluya un beneficio de hospitalización y/o gastos médicos? SI NO

Si la respuesta es si, por favor detallar:

Año de Emisión: _____ Compañía: _____ Tipo de Plan: _____ Suma Asegurada _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (si las respuestas de las preguntas 2 a 4 son SI, por favor indicar los detalles)

Declaro que todos los datos y respuestas consignadas en esta parte de la Solicitud son completos, exactos y verídicos, y no tengo conocimiento de nada en detrimento de lo afirmado.

Firma Corredor

N° telefónico del corredor

Habiendo revisado la solicitud confirmo que es mi voluntad que sea evaluada para su aceptación por Seguros Sura S.A.

Las firmas en este documento deben ser idénticas a las del Documento de Identidad.

Las presentes declaraciones son auténticas, completas, y forman parte de la solicitud.