

SEGURO DE VIDA COLECTIVO / Solicitud Individual y Declaración Jurada de Salud

1. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	
Fecha de nacimiento		C.I.	
País de nacimiento		Sexo	
Correo electrónico		Celular	
Dirección particular (calle y N°)		Teléfono	Fax
Departamento		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/>	
Fecha de ingreso	Cargo	Capital asegurado	
Nombre de empresa	Giro de empresa	Dirección	Teléfono

2. BENEFICIARIOS TITULARES

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

Acepto expresamente: 1. Ser incluido en el seguro de vida colectivo de acuerdo con las condiciones de la póliza contratada por mi empleador. 2. Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro son los estipulados en la póliza respectiva. 3. Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad.

Firma de Asegurado

Aclaración

Firma de Empresa

Aclaración

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Marque con una cruz la opción que corresponda:

- ¿Durante últimos 3 años ha estado Ud. hospitalizado, o ha sido sometido a observación, tratamiento, cirugía o hacerse cualquier prueba médica? Si No
- ¿Recibe o ha recibido Ud. tratamiento por alcoholismo, drogadicción, trastornos en la presión arterial, psíquicos, cáncer o tumores, diabetes, asma, espalda o articulaciones, desórdenes cardíacos o cardiopatías, cerebrales, pulmonares, neurológicos, nefrológicos, estómago intestinos, hernias o hepáticos? Si No
- ¿Ha sido diagnosticado o recibido Ud. tratamiento por SIDA o cualquier desorden asociado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o tiene algún defecto físico, deformidad o mala salud no cubierto en las preguntas anteriores? Si No
- ¿Le ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en algún modo alguna solicitud de seguro de vida, accidente o enfermedad? Si No

En caso de haber contestado "SI" a alguna de las preguntas, favor indique abajo, Diagnóstico, Fecha de Ocurrencia, Tratamiento y Estado Actual.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO / Solicitud Individual y Declaración Jurada de Salud

Por medio de la presente declaro que las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son base sobre la que se solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro de Vida. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier hospital o sanatorio para que imparta a Seguros Sura S.A. cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido. La siguiente Declaración tiene una validez de 90 días a partir de la fecha de firma.

Firma de Asegurado

Aclaración Firma de Asegurado

CLÁUSULA DE GARANTÍA:

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento (Solicitud para Seguro de Vida Individual y Declaración de Asegurabilidad) es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato de seguro y que Seguros Sura Uruguay S.A. no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de la cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mi para que suministre a Seguros Sura Uruguay S.A.

copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo. Igualmente autorizo para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o a cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevemos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Seguros Sura me sea enviada por algún medio electrónico (Mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

OBSERVACIONES:

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 - 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.
- 3 - El corredor no se encuentra autorizado a modificar las declaraciones de esta solicitud así como tampoco a omitir lo requerido

De conformidad con la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), los datos suministrados a partir del día de la fecha por usted quedarán incorporados en la base de datos de clientes de Seguros SURA S.A., la cual será procesada exclusivamente para toda tarea relacionada con el desarrollo de su contrato con Seguros SURA S.A., el ofrecimiento de nuevas soluciones que puedan ser de su interés; el análisis de datos a nivel filial y/o desde la Compañía Matriz e incluso transferirlos internacionalmente, si ello fuera necesario para el desarrollo de los productos y/o servicios contratados. Los datos personales serán tratados con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros, en cumplimiento con la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales de Seguros SURA S.A. El responsable de la Base de datos es Seguros SURA S.A. y los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, podrán ejercerse personalmente en el domicilio Avenida Italia 7519 (Montevideo, Uruguay), telefónicamente al número 2603 0000, por correspondencia al domicilio anteriormente indicado, o vía correo electrónico a la casilla de Atención al Cliente: AtencionClientes@segurossura.com.uy

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

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)
- Conozco las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.
- Consiento el procesamiento de mis datos personales con fines vinculados al contrato.

Firma Solicitante

Aclaración Firma Solicitante

C.I.

Firma Contratante

Aclaración Firma Contratante

C.I.