

Solicitud de SEGURO DE 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.

Número de Póliza (Uso Interno):	Fecha de Solicitud:
---------------------------------	---------------------

1. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	
Nacionalidad (incluír todos los países)		C.I.	
País de nacimiento	Ocupación (describa funciones diarias)		
Dirección particular (calle y N�)	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Correo electrónico	Celular	Teléfono	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

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	RUT	
Dirección particular (calle y N�)	Código Postal	
Localidad / Ciudad / Departamento	Teléfono	
Celular	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. COBERTURAS SOLICITADAS

PLAN Y/O BENEFICIO	SUMA ASEGURADA
Seguro Oncológico	
Enfermedades Graves	
TOTAL PRIMA MENSUAL \$ <input type="checkbox"/> U\$S <input type="checkbox"/>	
TOTAL PRIMA ANUAL \$ <input type="checkbox"/> U\$S <input type="checkbox"/>	

Firma Solicitante

Firma Corredor

Solicitud de SEGURO DE SALUD

3. 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

TARJETA DE CREDITO - NÚMERO _____ CÓDIGO DE SEGURIDAD _____

Banco Emisor _____ Vto. Tarjeta _____

Pago a través de débito bancario

Nombre del Banco _____ Sucursal _____

Nº de Cuenta Corriente _____ \$ U\$S

Nº 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

Solicitud de SEGURO DE SALUD

4 - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Declaración de Asegurabilidad

Si existiere reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por Seguros Sura, la hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado:

Altura Peso Presión Arterial Máxima Mínima

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valvulopatías | <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio | <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Colesterol (tratado con medicamentos) |
| <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos(tratados con medicamentos) | <input type="checkbox"/> Derrames | <input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Tumores malignos |
| <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la glándula tiroides | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Retardo mental | <input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Deformidades corporales |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Sordera total o parcial | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Artrosis | <input type="checkbox"/> Pérdida anatómica funcional |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Trasplantes | <input type="checkbox"/> Reemplazos articulares |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Down | <input type="checkbox"/> Asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticado posterior a los 5 años) | | | <input type="checkbox"/> HPV |

Consumo: Drogas Estimulantes Cigarrillo
 He estado en tratamiento para: Alcoholismo o Drogadicción

Si declara alguno de las enfermedades y/o diagnósticos en la declaración debe ampliarnos más información.

¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral1, fracturas o conmociones cerebrales por las que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento o control médico o tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentran en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?

Si No

Historia del grupo familiar.

Alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión, Infarto, Enfermedad Coronaria), Diabetes, Cancer de Colon, Cáncer de recto, y Cáncer de mama?

Si No

1. MEDICO PARTICULAR (mutualista, medicina privada)

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Fecha de última consulta ____/____/_____
 Motivo de consulta: _____

2. ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses ?

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

 Firma Solicitante

 Firma Corredor

Solicitud de SEGURO DE SALUD

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 Uruguay 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. 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.
- 3 - El corredor no se encuentra autorizado a modificar las declaraciones de esta solicitud así como tampoco a omitir lo requerido.
- 4 - Los seguros de Salud de Sura de Enfermedades Graves y Oncológico tienen una Carencia de 90 días (ver definición de Carencia en las Condiciones Generales), además en estas pólizas no estará cubierta ninguna condición de Salud Preexistente sea de conocimiento o no del asegurado.

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@segurosura.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

Firma Autorización

Aclaración Firma Autorización

Firma Solicitante

Aclaración Firma Solicitante

Firma Corredor

Aclaración Firma Corredor

Número de 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