

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

SEGUROS SURA, S.A. RNC 1-01-008342



DATOS DEL SOLICITANTE PERSONAL

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nacionalidad	
Teléfono Residencial		Teléfono Oficina	Teléfono Celular
Correo Electrónico personal			
Sexo	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo	
Ocupación	Lugar donde labora		

DATOS DEL SOLICITANTE COMERCIAL

Nombre de la Empresa			RNC
Actividad del negocio			
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	
Nombre del Representante			Cargo
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE			
<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Autopista			
Número	Nombre del Edificio/Residencial		Apartamento
Piso	Bloque	Sector	
Municipio/Ciudad	Provincia		Residencia <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada

COMPLETE ESTAS PREGUNTAS DE SALUD. PROPORCIONE FECHAS Y DETALLES EN LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS.

¿Tuvo necesidad de consultar al médico en los últimos meses?	En caso afirmativo, indique el motivo y los resultados. Nombre y dirección del médico.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado interno en algún hospital, clínica, sanatorio o centro de salud?	En caso afirmativo, indique cuándo y dónde.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea?	En caso afirmativo, indique fecha.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad, condición de salud, embarazo, lesión corporal, posee algún defecto físico o deformidad?	En caso afirmativo, detalle.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le ha sido practicada o aconsejada alguna operación quirúrgica?	En caso afirmativo, detalle.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usa usted o ha usado drogas ilegales o sustancias controladas?	En caso afirmativo, indique nombre de la sustancia.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está usted actualmente bajo algún tratamiento?	En caso afirmativo, indique la causa y el nombre del medicamento.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Consumo bebidas alcohólicas?	En caso afirmativo, indique con qué frecuencia.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Practica algún deporte?	En caso afirmativo, indique cuál(es).
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Considera encontrarse en buen estado de salud?	En caso afirmativo, detalle.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos	No. Cédula de Identidad y Electoral	Parentesco	% (Porciento)

Certifico que las declaraciones e informaciones antes expuestas son correctas y completas, que esta solicitud será la base del contrato y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por la Compañía.
Aceptación: Entiendo que, en la medida permitida por la ley pertinente, una declaración falsa puede dar como resultado el rechazo de reclamos o la anulación de la cobertura de mi seguro a partir de su fecha de vigencia, sin que sea pagadera ninguna de las prestaciones. Entiendo que las afecciones que sean reveladas en este formulario pueden estar sujetas a todas las condiciones de mi plan incluyendo las limitaciones por enfermedad preexistente. Mi firma comprueba que toda la información y declaraciones contenidas en este formulario, están completas y son precisas.
Notificación de fraude: Toda persona que, con la intención de engañar o a sabiendas de estar facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude seguro. Además, la póliza será anulada a partir de su fecha de vigencia original.

DATOS DEL SOLICITANTE COMERCIAL

Por el Solicitante Personal

Por el Solicitante Comercial

Por el Corredor / Agente

Fecha	Fecha	Fecha
	Cargo	Código del Corredor / Agente

Firma del Solicitante

Firma del Representante

Firma del Corredor / Agente

COMPLETE ESTAS PREVIAMENTE AL SALDO. POR ORDEN DE FECHAS Y DETALLES EN LOS CASOS DE LAS AFIRMATIVAS.
 Este formulario es una herramienta de gestión de riesgos y debe ser utilizado con cuidado. No se garantiza la exactitud de la información proporcionada. El solicitante es responsable de la veracidad de los datos suministrados. La información aquí contenida es solo para fines informativos y no constituye una oferta de seguro. El seguro solo puede ser contratado si es aceptado por la Compañía. La póliza será anulada a partir de su fecha de vigencia original si se detecta fraude. La información aquí contenida es solo para fines informativos y no constituye una oferta de seguro. El seguro solo puede ser contratado si es aceptado por la Compañía. La póliza será anulada a partir de su fecha de vigencia original si se detecta fraude.