

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA PARA DEUDORES

DATOS DEL DEUDOR

Nombres			
Apellidos			
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nacionalidad	
Dirección Domiciliaria		Promedio de Ingresos Mensual	
Teléfono Celular	Otro Teléfono	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Correo Electrónico Personal		Peso	Estatura
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	
Condición Laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado		Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo	

ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

Motivos por el cual ha solicitado el Seguro		
Valor del Préstamo <input type="checkbox"/> RD\$ <input type="checkbox"/> USD\$	Plazo del Préstamo	Número de Póliza

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

¿Usted fuma? *En caso afirmativo, indique cantidad diaria de cigarrillos y fecha en que comenzó a fumar.*
 Sí No

¿Practica ejercicios o deportes arriesgados? (Ej. Aviación, Carreras de Automóviles, Polo, etc.) *En caso afirmativo, indique la frecuencia.*
 Sí No Amateur Profesional

¿Le han diagnosticado o ha padecido de alguna enfermedad que ameritó internamiento en un Centro Médico o un tratamiento médico en los últimos 10 años?
En caso afirmativo, dar detalles, indique diagnóstico y resultados.
 Sí No

¿Ha disminuido o aumentado de peso involuntariamente durante el último año? *En caso afirmativo, indique la razón y cantidad de peso perdido/aumentado.*
 Sí No

¿Ha estado fuera del trabajo por enfermedad por más de 30 días consecutivos durante los últimos 5 años? *En caso afirmativo, dar detalles.*
 Sí No

¿Le ha sido aconsejada alguna operación quirúrgica o investigación médica planificada para los próximos 6 meses? *En caso afirmativo, dar detalles.*
 Sí No

¿Existen en sus familiares cercanos antecedentes de enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades neurológicas o enfermedad poliquística?
En caso afirmativo, indique parentesco y estado actual de salud.
 Sí No

¿Ingiere bebidas alcohólicas, o ha consumido algún tipo de droga o estupefaciente?
 Sí No

DECLARACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier profesional de la medicina o proveedor de servicios de salud que me haya tratado en calidad de paciente, que me esté tratando en el presente o que me trate en el futuro para que informe cualquier dato u opinión de carácter confidencial relativo a mi salud, así como para que revele o permita la inspección de cualquier informe, declaración de análisis y diagnóstico sobre mi salud con relación a esta solicitud de seguro de vida que le sea requerida por Seguros SURA y/o cualquier reclamación que pudiera presentarse bajo esta póliza.

En consecuencia, renuncio, exonero y revelo a las personas de arriba mencionadas o a cualquier miembro de su personal, de toda restricción o secreto profesional para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía arriba mencionada.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales actividad principal Menos de RD\$20 mil RD\$20 mil a RD\$50 mil RD\$50 mil a RD\$100 mil RD\$100 mil o más

Otros ingresos promedio mensual RD\$ _____ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

Las siguientes preguntas responderlas en virtud del titular y/o dependiente(s).

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

Si tu respuestas es positivas coloca en el siguiente campo el nombre de la(s) persona(s) que aplica(n).

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que la relación comercial aquí solicitada no entrará en vigor mientras no sea aceptado por Seguros SURA, S. A. (en lo adelante "La Aseguradora"). Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, Maestro de Cedulados de la Junta Central Electoral o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, que resulte necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable. De igual forma, autorizo expresamente a Seguros SURA, S. A., para el tratamiento de los datos de carácter personal que me conciernen, reconociendo que la información compartida quedará sujeta a la "Política General de Privacidad y Seguridad de la Información" de La Aseguradora que puede ser consultada en: <https://www.segurossura.com.do/politicas-de-privacidad/> donde se informa, entre otros aspectos, del tratamiento de la información y cómo ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Asimismo, autorizo de manera libre, consciente, voluntaria y expresamente a La Aseguradora para que pueda ceder y transferir mis datos, incluyendo la transmisión internacional, exclusivamente con la finalidad de ejecutar las prestaciones convenidas en el contrato de seguros, comercialización o de servicios suscrito con La Aseguradora, según aplique.

Reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal dominicano, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil dominicano. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado.

Fecha	Fecha
Firma del Solicitante - Deudor	Cargo
	Firma del Contratante