

## CUESTIONARIO FINANCIERO

### Cuestionario N° 4:

Este documento deberá ser completado por la persona a asegurada. Las informaciones contenidas en este documento recibirán un tratamiento estrictamente confidencial.

Nombre completo

Fecha de nacimiento

No. Cédula o pasaporte

### Finalidad del seguro

- Protección familiar  
 Provisión para la vejez (jubilación)  
 Pago de impuesto sucesión.  
 Otro motivo. Especifique
- Seguro hombre clave (adicional a este, deberá completar cuestionario Hombre clave).  
 Cobertura de préstamo (la institución financiera debe completar el cuestionario No. 3)  
 Cobertura de negocio entre socio/compra de acciones.

### Capital asegurado

¿Cómo se determinó el valor de la suma asegurada?

Factores determinantes: (patrimonio, ingreso, intereses, etc.)

Ingresos por trabajo de los últimos tres (3) años. Anexar las últimas dos (2) declaraciones de impuesto.

<b>Ingresos</b>	<b>Año</b> _____	<b>Año</b> _____	<b>Año</b> _____
<b>Brutos</b>	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
<b>Netos</b>	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____

Seguros en vigor	1	2	3
Compañía			
Tipo de cobertura			
Fecha de inicio			
Fecha de vencimiento			
Capital asegurado (muerte)			
Capital asegurado (invalidez)			
Renta por invalidez			

### Otras Solicitudes

¿Ha presentado usted actualmente solicitudes de seguros en otras compañías o piensa hacerlo?  Si  NO

En caso afirmativo, especificar (aseguradora, capitales, duración, coberturas)

### Deportes/actividades profesionales

Practica deportes peligrosos como: aviación, buceo, motociclismo, automovilismo, espeleología, montañismo, motonáutica, navegación a vela, etc, o su actividad profesional presenta algún peligro o riesgo de salud - contacto con productos tóxicos, explosivos, radiación, estadía en el extranjero, militar, etc.  Si  NO

Por favor especificar

Declaro que respondí a todas las preguntas de este cuestionario con toda conciencia, sinceridad, de forma correcta y completa. Soy responsable por la exactitud de las declaraciones, aunque no las haya completado solo/a.

### AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro de manera libre, voluntaria, inequívoca y expresamente a Seguros SURA, S. A., para el tratamiento de los datos de carácter personal que me conciernen, proporcionados por este medio, reconociendo que la información compartida quedará sujeta a la "Política General de Privacidad y Seguridad de la Información" de Seguros SURA, S. A., 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 Seguros SURA, S. A., para que pueda ceder y transferir mis datos, incluyendo la transmisión internacional, exclusivamente con la finalidad de ejecutar la prestación de los servicios derivados del contrato de seguros suscrito con Seguros SURA, S. A.

---

Lugar y fecha

---

Firma