

**SOLICITUD DE SEGURO
RAMO SALUD (2500)
ALTA COMPLEJIDAD INTERNACIONAL
INDIVIDUALES**

PROPUESTA Nº:



Rincón 493 – 11000 Montevideo
Tel.: 2915 8500 – Fax: 2915 8585

POLIZA	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA

La póliza iniciará su vigencia el 1° día del mes siguiente en que haya sido aceptada por la Aseguradora.

ORGANIZADOR NRO.	CORREDOR NRO.
3100009	DFP

SELLO DE ENTRADA OFICINA	SELLO DE ENTRADA C. CENTRAL
--------------------------	-----------------------------

IMPORTANTE: Verifique que respondió todas las preguntas y de corresponder las observaciones pertinentes. La solicitud que se encuentre incompleta será devuelta, lo cual ocasionará una demora en el procesamiento de la misma. Imprima 3 copias una vez que haya completado todo el formulario.

TOMADOR/ ASEGURABLE TITULAR			
NOMBRE		1° APELLIDO	2° APELLIDO
C.I.		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO ACTUAL			
CALLE	NRO.	PISO	DTO.
COD. POSTAL	LOCALIDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO
SEXO	ESTADO CIVIL	PROFESION/ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA	NACIONALIDAD
EMAIL		CENTRO MÉDICO EN EL QUE SE ATIENDE	
EN CASO DE MINORÍA DE EDAD DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO (Madre, Padre o Tutor)			
NOMBRE		1° APELLIDO	2° APELLIDO
C.I.		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO ACTUAL			
CALLE	NRO.	PISO	DTO.
COD. POSTAL	LOCALIDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO
SEXO	ESTADO CIVIL	PROFESION/ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA	NACIONALIDAD
EMAIL			

Módulos y Coberturas	
ALTA COMPLEJIDAD INTERNACIONAL	<p>Cobertura Clínica/Quirúrgica Genérica Internación EEUU, Argentina, Brasil y Chile.</p> <p>Beneficio máximo total por año U\$S 500.000.-</p> <p>Sublímites (coberturas ambulatorias):</p> <p style="padding-left: 40px;">Quimioterapia y radioterapia combinados U\$S 50.000.-</p> <p style="padding-left: 40px;">Tratamiento pre y post operatorio U\$S 50.000.-</p> <p style="padding-left: 40px;">Angioplastia coronaria U\$S 20.000.-</p> <p>Beneficio de acompañante (por reembolso), U\$S 100 diarios (máximo 30 días por siniestro, mientras el asegurado se encuentre internado en el centro hospitalario).-</p>

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEL TITULAR

Peso (kg):	Estatura (mt.):		
Indique:	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Ha cambiado de peso en los últimos 24 meses? En caso afirmativo sírvase detallar.			
¿Fuma? En caso afirmativo indique cuántos cigarrillos por día.			
¿Fue fumador?			
¿Sufre Ud. algún defecto físico o enfermedad?			
¿De acuerdo a su conocimiento, ha sufrido o sufre alguna enfermedad de las que se indican a continuación?	SI	NO	OBSERVACIONES
1) Enfermedades hereditarias. Enfermedades y/o malformaciones congénitas:			
2) Afecciones de ojos, nariz y garganta:			
3) Dificultades para respirar, ronquera, tos persistente, bronquitis, asma, alergias o afecciones crónicas del aparato respiratorio:			
4) Dolores en el pecho, palpitaciones, fiebre reumática, soplos o ataques cardíacos u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio:			
5) Presión arterial elevada:			
6) Dolor de cabeza, mareos, jaqueca, vértigo:			
7) Convulsiones, desmayos, dificultad para hablar, derrame cerebral o alguna afección neurológica:			
8) ¿Ha padecido o ha sido tratado por alcoholismo, uso de barbitúricos, marihuana, heroína, LSD o drogas similares?			
9) ¿Ha padecido trastornos alimentarios (anorexia y/o bulimia)?			
10) Ictericia, sangrado intestinal, úlceras gástricas o duodenales, apendicitis, repetidos ataques o diarreas crónicas, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestiones frecuentes u otras afecciones del estómago, de los intestinos, del hígado o de la vesícula biliar:			
11) Hernias, eventraciones:			
12) Diabetes, afección de tiroides u otras enfermedades hormonales:			
13) Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina; cálculos u otras afecciones de los riñones, de la vejiga o de las vías urinarias:			
14) Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o afecciones de los músculos, de los huesos y/o de las articulaciones:			
15) Enfermedades o molestias del cuello y/o columna vertebral:			
16) Anemia, azúcar, albúmina, colesterol elevado u otras afecciones de la sangre:			
17) ¿Se ha realizado alguna transfusión de sangre u otros concentrados sanguíneos en los últimos 10 años?			
18) Dermatitis, llagas, úlceras de piel u otras afecciones de la piel:			
19) Tumores benignos o malignos:			
20) Afección de próstata o de los órganos genitourinarios:			
21) Hepatitis B o enfermedades de transmisión sexual (por ej. Sífilis, gonorrea, etc.) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones genitales:			
22) ¿Se le ha recomendado alguna vez practicarse un análisis de sangre en relación con el SIDA o una enfermedad relacionada con el SIDA?			

23) Otras enfermedades, traumatismos o accidentes:			
24) Enfermedades o accidentes que motivaron cirugía:			
25) Si es mujer: a. Alteraciones menstruales, hemorragias, afección de las glándulas mamarias, ovarios, útero, cuello (cérvix) problemas de infertilidad:			
b. ¿Está actualmente embarazada? En caso afirmativo indique de cuántos meses. Indique la fecha probable del parto:/...../.....			
26) En los últimos 5 años: a. ¿Ha estado internado en sanatorio, hospital u otras instituciones para observación, tratamiento u operación?			
b. ¿Se ha realizado un electrocardiograma? Motivo			
c. ¿Se ha tomado la presión? Indique fecha y valores			
d. ¿Tiene alguna afección por la cual se le haya aconsejado someterse en el futuro a alguna operación quirúrgica?			
e. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?			
f. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento? Indique médico tratante y diagnóstico.			
g. ¿Recibió o recibe actualmente algún tipo de medicamento y/o tratamiento? Indique cuáles y las dosis correspondientes			
h. ¿Participa de deportes y/o actividades peligrosas?			
i. ¿Consultó algún médico u otro servicio de salud para tratamiento médico o quirúrgico o para consejo sobre alguna enfermedad que no esté en este formulario?			
j. ¿Ha tenido alguna alteración en su salud o síntoma que no haya sido mencionado en este formulario?			

Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas antes mencionadas, sírvase ampliar la información a continuación:

Nº de pregunta.....Diagnóstico.....

Tratamiento.....Desde.....Hasta.....

Estado actual.....Lugar.....

Nº de pregunta.....Diagnóstico.....

Tratamiento.....Desde.....Hasta.....

Estado actual.....Lugar.....

Nº de pregunta.....Diagnóstico.....

Tratamiento.....Desde.....Hasta.....

Estado actual.....Lugar.....

Nº de pregunta.....Diagnóstico.....

Tratamiento.....Desde.....Hasta.....

Estado actual.....Lugar.....

DATOS FAMILIARES	EDAD	SI VIVE, ESTADO DE SALUD	EDAD	SI FALLECIÓ, CAUSA DE SU MUERTE
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad preexistente no declarada a la fecha de suscripción de la póliza. El otorgamiento de la cobertura de este Seguro está sujeta a la aprobación de la solicitud por parte de **SANCOR SEGUROS URUGUAY S.A.** de acuerdo a los requerimientos de la misma. **Autorizo a SANCOR SEGUROS URUGUAY S.A. a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro.**

V° B° Auditoría Médica:

OBSERVACIONES:.....
.....
Fecha:/...../..... Firma:

FORMA DE PAGO:

Tarjeta de Crédito

Efectivo, cuotas: _____ (12 cuotas máximo)

TARJETA DE CREDITO:

Tarjeta:..... N° de Tarjeta:.....

Titular:..... Documento:.....

LUGAR Y FECHA:

Declaro que la firma de quien escribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia

FIRMA Y SELLO DEL CORREDOR

FIRMA DEL ASEGURABLE