

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA**

Capital a Asegurar:  U\$S  Pesos Monto: .....

Plan: **VIDA**  **VIDA PLUS**

“Autorizo(amos) al Banco a debitar en el medio de pago indicado a continuación (cuenta o tarjeta de crédito) indicado por el Cliente, el importe del servicio prestado por MAPFRE LA URUGUAYA S.A. Me (nos) comprometo (emos) a mantener en dicho medio de pago saldo suficiente para hacer frente al pago de los importes que se adeuden. Para el caso de que los fondos no existan o sean insuficientes, el Banco queda desde ya eximido de toda obligación de pago, No obstante, si el Banco pagara igualmente por nuestra cuenta y orden, desde ya me (nos) reconozco (emos) deudor (es) por los importes pagados y sus intereses a la tasa corriente para las operaciones activas, que correrán de pleno derecho desde el momento del pago. Relevamos expresamente al Banco de su obligación de guardar secreto bancario en caso de tener que brindar a la empresa acreedora alguna información relacionada con nuestras cuentas en el Banco o con servicios que el Banco nos preste, cuando tal información sea requerida por la empresa o sea necesaria o conveniente a solo criterio del Banco para la mejor ejecución del servicio contratado por el presente.

El cliente firma la presente solicitud en señal de haber tomado conocimiento de los términos y condiciones aplicables a los servicios a ser prestados por MAPFRE LA URUGUAYA S.A. los cuales se encuentran disponibles en [www.italu.com.uy](http://www.italu.com.uy) y que el cliente declara conocer y aceptar en todos sus términos y recibir copia de la misma.

Medio de Pago: VISA  MASTER  CUENTA  Número:.....

-----

**Firma**

=====

**Aclaración**

|

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

### Tomador del Seguro: BANCO ITAU S.A.

Solicito la emisión de una Póliza de Seguro de Vida, sobre la base de los datos contenidos en el presente formulario de solicitud, que reviste la naturaleza de declaración jurada. Acepto que cualquier reticencia, aún hecha de buena fe, o falsa declaración sea en esta solicitud, en la declaración jurada del estado de salud, o en cualquier otro documento vinculado con la Póliza, que de haber sido informada a la Compañía habría impedido el contrato o modificado sus condiciones, anula automáticamente el seguro perdiéndose todo derecho a la indemnización, exista o no relación directa, entre el siniestro y la referida reticencia o falsedad.

Para montos desde **USD 30.000 en adelante** (o su equivalente en Moneda Nacional)

**Todos los datos deben ser completados de puño y letra del solicitante**

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Fecha de Nacimiento	Cédula de Identidad	Teléfono	Actividad Laboral

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA PREGUNTA, INDIQUE EL NÚMERO DE ÉSTA EN "RESPUESTAS AFIRMATIVAS" EN EL RECUADRO DEL DORSO, E INCLUYA EL DIAGNÓSTICO, FECHA, GRADO DE RECUPERACIÓN Y NOMBRE/DIRECCIÓN DE MÉDICOS A QUIENES SE PUEDA PEDIR INFORMACIÓN, Y SI SE CONSIDERA RECUPERADO TOTALMENTE CONSIGNE: "ME CONSIDERO CURADO Y SIN SECUELAS NI RECIDIVAS".**

1. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.      Altura: \_\_\_\_\_ cms.
2. Deportes que practica \_\_\_\_\_
3. Zurdo: (indique si o no): \_\_\_\_\_
4. ¿Fue informado alguna vez que presentaba cifras elevadas de tensión arterial o le fue prescrito algún tratamiento para la hipertensión arterial? (Indique si o no): \_\_\_\_\_ Presión Arterial actual: máx. \_\_\_\_/min. \_\_\_\_\_
5. ¿Adolece usted de algún defecto y/o molestia física y/o enfermedad, asimismo sufrió algún accidente y/o intervención quirúrgica? ¿Se está tratando actualmente por ese/esos motivo/s? (Indique si o no): \_\_\_\_\_
6. ¿Padece, padeció o ha recibido UD. algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias, etc.), psiquiátricas, neurológicas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares o alguna otra afección de importancia hasta la fecha? (Indique si o no): \_\_\_\_\_
7. Toma medicación?- En caso afirmativo indique cuál y los motivos: \_\_\_\_\_

8. ¿Padece, padeció o ha recibido tratamiento por diabetes, colesterol, triglicéridos, gota, cáncer o tumores?  
(Indique si o no): \_\_\_\_\_

9. ¿Se está tratando actualmente por algún motivo? (Indique si o no): \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique por cual:  
\_\_\_\_\_

10. Tratándose de mujer, ¿ha tenido problemas en sus embarazos y/o partos, o enfermedades propias de la mujer (ovarios, matriz, senos)?

(Indique si o no): \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada?

(Indique si o no): \_\_\_\_\_

11. En la actualidad, fuma Ud. o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarros, cigarrillos, pipa, o ha usado tabaco en cualquier forma?

(Indique si o no): \_\_\_\_\_ En caso afirmativo indique cantidad diaria tipo:  
\_\_\_\_\_

12. ¿Ha solicitado o percibido alguna indemnización por incapacidad de cualquier tipo? (Indique si o no):  
\_\_\_\_\_

13. Indicar Mutualista o Cobertura de Salud y nombre del Médico de Cabecera:  
\_\_\_\_\_

**RESPUESTAS AFIRMATIVAS**

**Observaciones a las preguntas con respuesta afirmativa del anverso:**

Pregunta #	Observaciones

**Designación de Beneficiarios:**


Me notifico y consiento que la cobertura no entrará en vigencia hasta tanto sea evaluado y aceptado el riesgo por parte de "MAFRE LA URUGUAYA S.A. Declaro asimismo que formulo esta solicitud libre y voluntariamente, estando suficientemente informado de las características del seguro, habiendo recibido una copia de las Disposiciones Relevantes correspondientes a la Póliza de Seguro Colectivo, arriba descrita, emitida por MAPFRE La Uruguay S.A.

En caso de que el Asegurador solicitara mayor información, autorizo a los médicos e instituciones que me asistieron, así como a otras compañías de seguros, a dar a conocer toda la información solicitada entera y libremente, liberándolos del secreto profesional, incluso en el caso de fallecimiento para que se proporcionen los antecedentes clínicos pertinentes.

Firmo, en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Aclaración de firma:

---

**USO INTERNO**

Monto	Moneda	No. de Poliza