

1 SOLICITUD DE INVERSIONES INMOBILIARIAS



Fecha: ____ / ____ / ____

LOCALIDAD: SECCIÓN:

Padrón: _____ Nombre: _____ Cédula de Identidad: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

Sres. Integrantes del Consejo Directivo:

Solicito de ese fondo una Inversión Inmobiliaria por un monto de U\$S _____ (el equivalente en unidades indexadas) por un plazo de _____ meses.

Autorizo a las Obras Sanitarias del Estado a que proporcione a SERMASFOSE toda la información relativa a mis haberes, que por cualquier concepto salarial, incluyendo aguinaldo, perciba en O.S.E., en los términos de la ley 18.331. Autorizo también el cobro a Sermasfose a través de débito bancario, y demás instrumentos electrónicos previstos en la ley 19210, obligándome a gestionar la respectiva autorización en la Institución bancaria y/o emisora de dinero electrónico que corresponda, la que será mantenida durante todo el tiempo que corresponda al pago de la inversión solicitada. Me comprometo a permanecer afiliado por un plazo mínimo de dos años a partir de la cancelación de mis préstamos y acatar todas las reglamentaciones resueltas por el Consejo Directivo.

Por montos que superen los U\$S 15.000, se deberá completar un formulario de Declaración de Salud Reducida de la Compañía SURCO de seguros, con todos los datos solicitados en el mismo.

IMPORTANTE: cualquier tipo de gasto que se genere y esté debidamente documentado en la tramitación de la Inversión corre por cuenta y orden del asociado solicitante.

Firma del Solicitante

2 USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN AUTORIZACIÓN

Monto autorizado por consejo directivo: _____ Plazo (meses): _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Acta Nro: _____

Consejo Directivo

Administración

3 CONFIRMACIÓN

Fecha: ____ / ____ / ____

Valor del dólar

Monto total en Unidades Indexadas (UI): _____ Cantidad de cuotas en UI: _____

Valor de la cuota en UI: _____

El valor de la cuota se descuenta en Pesos Uruguayos y se ajusta de conformidad al valor de la UI vigente.

Padrón del inmueble: _____

Sección Judicial: _____

Esc. Susana Quiruja

Firma del Asociado

DECLARACIÓN DE SALUD REDUCIDA

La Solicitud será escrita con la mayor claridad, limpieza y cuidado de manera que pueda leerse sin dificultad, sin que existan raspaduras, testaduras, entrerenglonaduras ni enmiendas. De existir éstas, determinará que la Compañía no acepte el ingreso de la presente Solicitud"

1. DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Correo Electrónico: _____

Profesión y Ocupación:

Fecha de Nacimiento: / / .

Suma a Asegurar:

2. DECLARACIÓN DE SALUD

Peso: _____ Kgs. Estatura: _____ Mts.

¿Ha sufrido presión alta? Si ☐ Consigne las cifras: Máxima: _____

No Mínima:

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? En caso afirmativo, indique detalles.

¿Ha sufrido alguna enfermedad durante los últimos cinco años? En caso afirmativo, indique detalles.

¿Esta en tratamiento u observación de un medico? En caso afirmativo, indique detalles.

3. DECLARACIÓN JURADA

Declaro que: a) La información contenida en la presente Declaración de Salud es completa y exacta, así como lo que he dado a diere como complemento de la misma. De aceptar SURCO esta Declaración de Salud constituirá la base de la Póliza de Seguros. b) Asumo total responsabilidad por la información contenida, aún la no escrita por mí.

Convengo que: a) SURCO extiende la cobertura contenida en la Póliza, basándose en las declaraciones por mí realizadas en la presente Declaración de Salud y los demás documentos relacionados con esta Póliza. Las falsas declaraciones y la reticencia imputable a dolo o mera negligencia en que incurra al formular la Declaración de Salud que induzcan a error a SURCO sobre la calificación o determinación de los riesgos harán nulo el seguro, perdiéndose los derechos a la indemnización y quedando los premios en beneficio de SURCO. b) El enunciado rector del Contrato de Seguro es la "buena fe", entendiendo por tal la calidad jurídica de la conducta que debe observar cada persona involucrada en la Póliza, tanto en el momento de la celebración del Contrato como en su ejecución; caracterizada por la honradez, lealtad, sinceridad y fidelidad recíprocas.

Autoriza: Si: ____ No: ____ A toda Institución Médica, a sus integrantes médicos, técnicos o administrativos y a cualquier otra persona que corresponda a que informe y emita copia de la historia clínica sobre mi estado de salud pasado, actual o futuro ante requerimiento de la Compañía; del mismo modo a otras Compañías Aseguradoras ante requerimiento de la Compañía.

Fechado en _____, **de** _____ **de** _____.

Firma

Aclaración

4. PARA USO EXCLUSIVO DE SURCO

Póliza o Grupo: _____

Recibido: Fecha: / / . Firma: _____