

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	------------------

Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

Forma de pago prima

Mensual
 Trimestral
 Semestral
 Anual

Sistema de ajuste

Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)
 Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación (Primero Nombres, luego Apellidos)

Razón Social o Nombre del Asesor	Código Asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------

Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación (Primero Nombres, luego Apellidos)

Razón Social o Nombre del Asesor	Código Asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación: C.C.
 C.E.
 PA.
 NIT

Número de Identificación: _____

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

Tipo de Institución: Pública Privada

Dirección Correspondencia: _____

Ciudad / Departamento: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono (sin indicativo): _____

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación: C.C.
 C.E.
 PA.

Número de Identificación: _____

Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

Sexo: F M

Fecha de Nacimiento AAAA MM DD: _____

Peso (Kg): _____

Estatura (en cms): _____

Ciudad: _____

Departamento: _____

Teléfono (Sin indicativo): _____

Celular: _____

Dirección Correspondencia: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$ _____

Modalidad de Valor Asegurado:

Saldo Insoluto
 Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

Vida
 Invalidez por Accidente o Enfermedad
 Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % \$ _____

VALOR PRIMA
(según forma de pago pactada)

\$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS Con derecho a Acrecimiento SI NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado:

Enfermedades cardiovasculares
 Infarto del miocardio
 Arritmias
 Hipertensión arterial
 Colesterol (Tratado con medicamentos)
 Ceguera
 Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)
 Derrames
 Isquemia o trombosis cerebral
 Epilepsia
 Enfisema (EPOC)
 Bronquitis Crónica
 Cáncer
 Leucemia
 Lupus
 Tumores malignos
 SIDA o VIH positivo
 Insuficiencia Renal
 Esclerosis múltiple
 Artritis reumatoidea
 Diabetes
 Pancreatitis
 Hepatitis B o C
 Cirrosis
 Retardo mental
 Trastornos psiquiátricos
 Colitis Ulcerativa
 Hipertiroidismo
 Parálisis
 Deformidades corporales
 Sordera total o parcial
 Hernia de columna
 Pérdida funcional o anatómica
 Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____

Consume Actualmente drogas estimulantes
 Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo Drogadicción SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico(amos) que el Asesor me(lnos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro

 Firma del Afiliado o Tomador
 Número de Identificación

 Huella Índice Derecho
 Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA