

**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](http://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

\_\_\_\_\_

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA