



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Póliza No.

Fecha Inicio de Vigencia

Fecha Fin de Vigencia

Fecha de Diligenciamiento

Número Solicitud

Of. Radicación

☐ 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)

Nombre del Asesor o Razón Social

Código Asesor

% Participación

Nombre del Asesor o Razón Social

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

\$

Amparos

Modalidad de Valor Asegurado:

☐ Saldo Insoluto

☐ Valor inicial Crédito (Constante)

☐ Vida

☐ Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente

☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único)_____%

Valor Asegurado

\$

VALOR PRIMA

(según forma de pago pactada)

\$

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

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

Correo electrónico

Celular o teléfono

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

1. Marca con una X si te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Enfermedades cardiovasculares

☐ Infarto del corazón

☐ Arritmias

☐ Hipertensión arterial

☐ Colesterol

☐ Triglicéridos altos

☐ Ceguera total o parcial

☐ Lupus

☐ Isquemia o trombosis cerebral

☐ Epilepsia

☐ Enfisema (EPOC)

☐ Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)

☐ Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)

☐ Sordera total o parcial

☐ Derrames

☐ Cirrosis

☐ Bronquitis crónica

☐ Leucemia

☐ Tumores malignos

☐ SIDA o VIH positivo

☐ Hernia de columna

☐ Insuficiencia renal

☐ Esclerosis múltiple

☐ Artritis reumatoidea

☐ Diabetes

☐ Pancreatitis

☐ Trastornos psiquiátricos

☐ Pérdida funcional o anatómica

☐ Hepatitis B,C o D

☐ Retardo mental

☐ Colitis ulcerativa

☐ Hipertiroidismo

☐ Parálisis diferente a facial

☐ Deformidades corporales

¿Le han indicado o ha recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años?

☐ SI

☐ NO

¿Recibe o le han indicado tratamiento por alcoholismo o drogadicción?

☐ SI

☐ NO

¿Consume drogas estimulantes o adictivas?

☐ SI

☐ NO

2. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

Nombre del Médico tratante

Nombre de la Institución Médica

EPS

Enfermedad / Especificar padecimiento

3. ¿Ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?

☐ SI

☐ NO

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

Nombre del Médico tratante

Nombre de la Institución Médica

EPS

Enfermedad / Especificar padecimiento

4. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, requirió tratamiento en UCI(Unidad de cuidado intensivo) o UCE (Unidad de cuidado especial)?

(En caso de NO haber tenido COVID responda NO).

☐ SI

☐ NO

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

DECLARACIÓN DE OCUPACIÓN

¿Alguno de los asegurados ejercen actividades catalogadas por la ley como ilícitas o han cometido delitos?

☐ SI

☐ NO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DECLARE ANTERIORMENTE QUE SUFRE UN PADECIMIENTO O QUE EJERCE ACTIVIDADES ILÍCITAS, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y SE DEBERÁ ESPERAR LA NOTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL SEGURO.

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) con la firma de este documento a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior a obtener copia de historia clínica o datos clínicos, que es un dato sensible, para la vinculación, suscripción, evaluación y proceso de reclamación de la solución contratada, gestión de los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, aun después de fallecidos.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis(nuestros) datos personales, incluso los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en [www.segurossura.com.co](#), donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, la forma de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico [protecciondedatos@suramericana.com.co](#).

☐ SI

☐ NO

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 SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CONDICIONES DEL PRODUCTO: Conoce las coberturas y exclusiones del producto Plan Vida Deudores en la página web <https://www.segurossura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.aspx>

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO

Firma del asegurado

Número de Identificación

Huella Índice Derecho asegurado

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.:Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR. Progenitor (Padre - Madre) - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión libre - D: Divorciado.