

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

**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 LLENAR SOLO EN CASO DE SER DIAGNOSTICADO**

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  Transtornos 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 FASECÓLDA 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(amos) 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: \_\_\_\_\_ Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD): \_\_\_\_\_