

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(emos) 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: _____ Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador: _____

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