

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 <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)
Dirección Correspondencia	Correo Electrónico			

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$ _____

Modalidad de Valor Asegurado:

Saldo Insoluto
 Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

Principales

Vida
 Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente

Pérdida del Ingreso:

Trabajadores dependientes _____ Cuotas contratadas
 Trabajadores independientes

Opcionales

Enfermedades graves _____ Cuotas contratadas
 Bono para gastos funerarios Valor Asegurado \$ _____
 Muerte en un accidente Valor Asegurado \$ _____
 Lesiones con armas SI NO
 Bono canasta (pago único) Valor Asegurado \$ _____
 Auxilio de Maternidad/Paternidad Valor Asegurado \$ _____

VALOR PRIMA

(según forma de pago pactada)
\$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

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

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Con derecho a Acrecimiento
										<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

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:

<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Hepatitis B,C o D
<input type="checkbox"/> Infarto del corazón	<input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Esclerósisis múltiple	<input type="checkbox"/> Retardo mental
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)	<input type="checkbox"/> Tumores malignos	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Parálisis diferente a facial
<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos	<input type="checkbox"/> Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)	<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales
<input type="checkbox"/> Ceguera total o parcial	<input type="checkbox"/> Sordera total o parcial	<input type="checkbox"/> Hernia de columna	<input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica	

¿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
 ¿Consumo 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? 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 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, responda: El diagnóstico fue hace menos de 30 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización), UCI o manejo al interior de alguna clínica o institución. (En caso de NO haber tenido COVID responda NO). SI NO

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

Si eres trabajador dependiente:

¿Tiene conocimiento si su empleador se encuentra en proceso de liquidación y/o disolución, cierre temporal o definitivo de la empresa o entidad que conlleve eventualmente a un despido masivo o colectivo? SI NO

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 ILICITAS, 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 01 800051888 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 Deudores Integral 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.