

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	------------------

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Modificación	<input type="checkbox"/> Renovación
---------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Forma de pago prima

<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)	<input type="checkbox"/> 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 (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	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 \$ 14000000	Amparos <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Invalidez por Accidente o Enfermedad <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % \$ _____	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$ _____
Modalidad de Valor Asegurado: <input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Valor inicial Crédito (Constante)	Valor Asegurado	

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		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Colesterol (Tratado con medicamentos) <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) <input type="checkbox"/> Derrames <input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Tumores malignos <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Deformidades corporales <input type="checkbox"/> Sordera total o parcial <input type="checkbox"/> Hernia de columna <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad, ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Consumo Actualmente drogas estimulantes	Ha estado en tratamiento para: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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?

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica
1.	

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(cemos) 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 800518888 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 mencionado explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la póliza. Además haber leído y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro



Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

2026/02/15

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - 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.

F02-83-267

Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/02/2013 apotema

- SURAMERICANA -

www.sura.com