



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Tomador

Póliza No.

Fecha Inicio de Vigencia

Fecha Fin de Vigencia

Fecha de Diligenciamiento

☐ Plan Vida Integral Contributivo☐ Plan Vida Integral No Contributivo

☐ Ingreso☐ Modificación

Continuidad de vida Sura

☐ SI☐ NO

No. Póliza Vida Sura:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación

☐ C.C.☐ C.E.☐ PA.☐ T.I.☐ X

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 de residencia

Departamento

Teléfono (Sin indicativo)

Celular

Dirección Correspondencia

Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por cobertura de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por cobertura del Asegurado Principal).

Valor Solicitado Cobertura de Vida

Asegurado principal

\$

Nombre del plan

Cónyuge

\$

Nombre del plan

Hijos

\$

Nombre del plan

Hermanos

\$

Nombre del plan

Progenitores

\$

Nombre del plan

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Asegurado Principal	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.							
2.							
3.							
4.							

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%) Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO (**Otros asegurados deben diligenciar el formato específico F-02-83-125)

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

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.

Marca con una equis si a ti o alguno de los otros asegurados les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Enfermedades cardiovasculares☐ Infarto del corazón☐ Arritmias☐ Hipertensión arterial☐ Colesterol (Tratado con medicamentos)☐ Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)☐ Lupus

☐ Isquemia o trombosis cerebral☐ Epilepsia☐ Enfisema (EPOC)☐ Bronquitis Crónica☐ Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos)☐ Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos)☐ Cirrosis

☐ Derrames☐ Leucemia☐ Tumores malignos☐ SIDA o VIH positivo☐ Insuficiencia Renal☐ Esclerosis múltiple☐ Artritis reumatoidea☐ Diabetes☐ Pancreatitis☐ Transtornos psiquiátricos

☐ Hepatitis B o C☐ Retardo mental☐ Colitis ulcerativa☐ Hipertiroidismo☐ Parálisis diferente a facial☐ Deformidades corporales☐ Ceguera☐ Sordera total o parcial☐ Hernia de columna

☐ Pérdida funcional o anatómica☐ Otra Enfermedad, ¿Cuál?

¿Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años?

☐ SI☐ NO

¿Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción?

☐ SI☐ NO

¿Consume Marihuana hasta 3 veces por mes?

☐ SI☐ NO

¿Consume Marihuana más de 3 veces al mes?

☐ SI☐ NO

¿Son consumidores de otro tipo de drogas estimulantes o adictivas?

☐ SI☐ NO

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

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

2. ¿Han estado incapacitados u hospitalizados en el último año por más de 60 días, se encuentran actualmente en algún tratamiento o estudio médico o saben si serán hospitalizados o intervenidos 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)?

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información: ☐ SI ☐ NO

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

En adición a la anteriores respuestas ten en cuenta que con tu firma estás declarando que tú y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupación está permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con tu firma también estás autorizando a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de tus datos personales con la finalidad de vincularte como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Para el tratamiento de tus 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. Estás autorizando a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir tu 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 tu comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía A.M.P, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos y proceso de reclamación, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizas a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de tu historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y envío de reclamación del seguro. Te en cuenta que las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tienes derecho a conocer, actualizar y rectificar tus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarte sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y solicitar la supresión de tus 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 tus datos personales, comunícate a la línea de Atención al 4378888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visita [www.sura.com](#).

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

DECLARACIÓN

Declaro que he sido informado de las coberturas, exclusiones y garantías del producto y también que se me ha hecho entrega de las condiciones del mismo y que podrán ser consultadas en la página web.

Firma del asegurado principal

Número de Identificación

ACEPTACIÓN

Huella Índice Derecho asegurado principal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carné Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - X: Permiso especial permanente - 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. F-02-83-320 Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/09/2016

- SURAMERICANA -

www.sura.com