

DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA SUCURSAL

Ramo	Póliza	Recibo
------	--------	--------

Fecha Diligenciamiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD ELECTRÓNICA DE SEGURO

Garantizo que la información suministrada por mí y consignada en la solicitud electrónica número _____ Ramo _____, así como en el Formulario de Conocimiento del Cliente SARLAFT(1) diligenciados el día _____ de _____ de 202____, es en todas sus partes cierta, y la misma hará parte integral del contrato de seguro. Este documento servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición de la póliza.

Como tomador y/o asegurado principal garantizo que las declaraciones sobre mi estado de salud y el de mi grupo familiar son exactas y verídicas. 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.

Autorizo expresamente en nombre propio y los demás asegurados, bajo su encargo, 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 datos biométricos y de salud que son datos sensibles, para los fines necesarios relacionados con la prestación del servicio contratado y para ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias, y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad disponible en: www.suramericana.com

Para los productos de vida y salud, autorizo expresamente en nombre propio y en favor de los demás asegurados al responsable, para consultar y obtener copia de la historia clínica o datos clínicos, que son datos sensibles, con la finalidad de evaluar y suscribir las pólizas, así como gestionar los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, y el desempeño ocupacional, aun después de fallecidos.

Con la firma del presente documento declaro que cuento con autorización de los demás asegurados para realizar esta declaración.

Lo anterior entendiendo que la autorización para el tratamiento de estos datos sensibles es facultativa. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos o interponer peticiones acerca del manejo de dichos datos a través del canal de contacto para ejercer los derechos: línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.

Autorizo a SURAMERICANA S.A., filiales y subsidiarias a descontar los pagos por concepto de tarifas a mi cargo del producto financiero que para el efecto señale, o que por motivos de renovación o cambios automáticos realizados por la entidad emisora sea modificado, en este último caso autorizo que éste sea informado por la entidad financiera. Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías. Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

Marque tipo de operación:	Negocio nuevo <input type="checkbox"/>	Modificación (Valorable o no valorable) <input type="checkbox"/>
Marque clase de cliente:	Tomador <input type="checkbox"/>	Asegurado <input type="checkbox"/>

1. Nombre del cliente
CC. / Nit.

Firma del cliente

Huella

Firma y código del asesor

Ciudad

Si el titular de la cuenta bancaria es diferente al tomador, favor diligenciar:

Nombre del titular de la cuenta bancaria
CC.

Firma del titular de la cuenta bancaria

Huella

ÁREA
EXCLUSIVA
SELLO

1. En caso en que el tomador sea una persona jurídica debe aportar la firma y huella del Representante Legal.

2. La autorización contenida en este párrafo, solo tendrá efectos en los casos que el seguro por contratar, sea un seguro de personas (seguros de vida, accidentes personales, hospitalización y cirugía, entre otros).

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)