

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

Forma de pago prima		Sistema de ajuste	
<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	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor
(Primero Nombres, luego Apellidos)			(Primero Nombres, luego Apellidos)
			Código Asesor
			% Participación

INFORMACIÓN DEL TOMADOR			
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input checked="" type="checkbox"/> NIT	9009508930	FONDECOLP	<input type="checkbox"/> Pública <input checked="" type="checkbox"/> Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
Carrera 2#16 A 38 Torre 5 Apto 1701	BOGOTÁ/CUNDINAMARCA	fondecolp@gmail.com	3144382988

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

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
Valor Crédito \$	Amparos	Valor Asegurado	VALOR PRIMA
Modalidad de Valor Asegurado:	<input type="checkbox"/> Vida		(según forma de pago pactada)
<input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Valor inicial Crédito (Constante)	<input type="checkbox"/> Invalidez por Accidente o Enfermedad		\$
	<input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) % \$		

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 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: 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?
 En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información: SI NO

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
 Declaramos que gozamos de buena salud y que la información que suministramos 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. Aceptamos 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(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro		Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)
Firma del Afiliado o Tomador Número de Identificación	Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador	Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)