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
2602	464680-1			

☐ 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)

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
MARIA TERESA RICO PINTO	3409	100%	----------	----------	--------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT	800.220.575-9	FONJUDICATURA	☐ Pública ☒ Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
CRRA 7 No. 37 - 25 OFIC. 203	BOGOTA / CUNDI	info@fonjudicatura.org	601 3383713

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.			☐ F ☐ M	

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular

Dirección Correspondencia	Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito $ _____

Modalidad de Valor Asegurado:

☒ Saldo Insoluto ☐ Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

☒ Vida

☒ Invalidez por Accidente o Enfermedad — Valor Asegurado

☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % $ _____

VALOR PRIMA

(según forma de pago pactada)

$ _____

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 ☐ SI ☐ NO

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

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.			

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 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 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.			

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 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 ésta Solicitud de Seguro

Firma del Afiliado o Tomador

Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

_____

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.