

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Tomador	Póliza No.	Fecha diligenciamiento de la solicitud AAAA MM DD	<input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Modificación
---------	------------	--	---

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

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	Teléfono sin indicativo	Celular	Dirección correspondencia
Correo electrónico	Cuál es el medio de contacto preferido <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Dirección física <input type="checkbox"/> Correo electrónico			

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor marque SOLO una de las dos casillas según su ocupación. Trabajador independiente Trabajador dependiente

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder algunas pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

Marca con una X si a ti te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

- Enfermedades cardiovasculares Infarto del corazón Arritmias Hipertensión arterial Colesterol (Tratado con medicamentos) Lupus Diabetes
- Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) Isquemia o trombosis cerebral Epilepsia Enfisema (EPOC) Bronquitis crónica Pancreatitis
- Cáncer con metástasis (afecta otros órganos) Cáncer sin metástasis (no afecta otros órganos) Cirrosis Derrames Leucemia Hepatitis B o C
- Tumores malignos SIDA o VIH positivo Insuficiencia Renal Esclerosis múltiple Artritis reumatoidea Trastornos psiquiátricos Ceguera
- Retardo mental Colitis ulcerativa Hipertiroidismo Parálisis diferente a facial Deformidades corporales Sordera total o parcial
- Hernia de columna Pérdida funcional o anatómica Otra enfermedad, ¿Cuál? _____

¿Has recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción hace menos de 5 años? SI NO

¿Has recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción? SI NO

¿Eres consumidor de algún tipo de drogas estimulantes o adictivas? SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a las preguntas anteriores debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.			
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 existe sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? SI NO

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.			
2.			

Observaciones:

Si eres trabajador dependiente:

¿Tiene conocimiento si su empleador se encuentra en proceso de liquidación y/o disolución, cierre temporal o definitivo de la empresa o entidad que conlleve eventualmente a un despido masivo o colectivo? SI NO

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

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

EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA A LAS ANTERIORES PREGUNTAS SEA POSITIVA LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

COBERTURA INMEDIATA

Después de analizar tu solicitud Sura te informará si te puede asegurar. Si Sura acepta hacerlo, tendrás cobertura inmediata sin cobro de prima, desde la fecha de diligenciamiento de la solicitud, hasta la fecha de corte del seguro. Esta cobertura inmediata sin cobro de prima en ningún caso podrá darse por un periodo superior a 30 días.

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 matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, 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 proceso 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 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visita www.sura.com.

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 consultados en la página web.

Fecha diligenciamiento formato AAAA | MM | DD

Firma del Asegurado

Número de identificación _____

Huella Índice derecho
Afiliado