

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)**

Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Diligenciamiento	Número Solicitud
------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------	------------------

Of. Radicación

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)**

Nombre del Asesor o Razón Social	Código Asesor	% Participación	Nombre del Asesor o Razón Social	Código Asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------	----------------------------------	---------------	-----------------

**INFORMACIÓN DEL TOMADOR**

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

**INFORMACIÓN DEL DEUDOR**

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
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico		

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Valor Crédito \$ _____	<b>Amparos</b>	<b>VALOR PRIMA</b> (según forma de pago pactada) \$ _____
Modalidad de Valor Asegurado: <input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Valor inicial Crédito (Constante)	<b>Principales</b> <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente <b>Pérdida del Ingreso:</b> <input type="checkbox"/> Trabajadores dependientes _____ Cuotas contratadas <input type="checkbox"/> Trabajadores independientes <b>Opcionales</b> <input type="checkbox"/> Enfermedades graves _____ Cuotas contratadas <input type="checkbox"/> Bono para gastos funerarios Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Muerte en un accidente Valor Asegurado \$ _____ Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Bono canasta (pago único) Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Auxilio de Maternidad/Paternidad Valor Asegurado \$ _____	

**INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS**

**"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda y el número de cuotas contratadas. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"**

Con derecho a Acrecimiento  SI  NO

Identificación Tipo   Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Correo electrónico	Celular o teléfono

**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.

**1. Marca con una X si te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:**

<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Hepatitis B,C o D
<input type="checkbox"/> Infarto del corazón	<input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Retardo mental
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)	<input type="checkbox"/> Tumores malignos	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Parálisis diferente a facial
<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos	<input type="checkbox"/> Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)	<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales
<input type="checkbox"/> Ceguera total o parcial	<input type="checkbox"/> Sordera total o parcial	<input type="checkbox"/> Hernia de columna	<input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica	

¿Le han indicado o ha recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años?  SI  NO  
 ¿Recibe o le han indicado tratamiento por alcoholismo o drogadicción?  SI  NO  
 ¿Consume drogas estimulantes o adictivas?  SI  NO

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

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar padecimiento

3. ¿Ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?  SI  NO

**En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:**

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar padecimiento

4. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, requirió tratamiento en UCI (Unidad de cuidado intensivo) o UCE (Unidad de cuidado especial)? (En caso de NO haber tenido COVID responda NO).  SI  NO

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

**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

**DECLARACIÓN DE OCUPACIÓN**

¿Alguno de los asegurados ejercen actividades catalogadas por la ley como ilícitas o han cometido delitos?  SI  NO

**ACEPTACIÓN DEL SEGURO**

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DECLARE ANTERIORMENTE QUE SUFRE UN PADECIMIENTO O QUE EJERCE ACTIVIDADES ILICITAS, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y SE DEBERÁ ESPERAR LA NOTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL SEGURO.

**AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA**

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) con la firma de este documento 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 los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en [www.segurossura.com.co](http://www.segurossura.com.co), donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, a través de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico [protecciondedatos@suramericana.com.co](mailto:protecciondedatos@suramericana.com.co).

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) 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 los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en [www.segurossura.com.co](http://www.segurossura.com.co), donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, a través de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico [protecciondedatos@suramericana.com.co](mailto:protecciondedatos@suramericana.com.co).  SI  NO

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

**CONDICIONES DEL PRODUCTO:** Conoce las coberturas y exclusiones del producto Deudores Integral en la página web <https://www.segurossura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.aspx>

**CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO**

Firma del asegurado	Huella Índice Derecho asegurado
Número de Identificación _____	

**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - 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.