



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Tomador

Póliza No.

Fecha Inicio de Vigencia

Fecha Fin de Vigencia

Fecha de Diligenciamiento

Número Solicitud

Ofo Radicación

☐ Plan Vida Integral Contributivo

☐ Plan Vida Integral No Contributivo

☐ Plan Vida Clásico Contributivo

☐ Plan Vida Clásico No Contributivo

☐ Ingreso

☐ Modificación

Continuidad de vida Individual Sura

☐ SI

☐ NO

No. Póliza Vida Individual Sura:

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Nombre del asesor o razón social

Código Asesor

% Participación

Nombre del asesor o razón social

Código Asesor

% Participación

INFORMACIÓN GESTOR

Gestores que participan en el seguro.

Código Gestor

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación

☐ C.C.

☐ C.E.

☐ PA.

Número de Identificación

Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)

Sexo

☐ F

☐ M

Fecha de Nacimiento AAAA MM DD

Peso (Kg)

Estatura(en cms)

Ciudad de residencia

Departamento

Teléfono (Sin indicativo)

Celular

Dirección Correspondencia

Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por cobertura de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por cobertura del Asegurado Principal).

Valor Solicitado Cobertura de Vida

Asegurado Principal \$

Cónyuge \$

Hijos \$

Hermanos \$

Otros \$

Parentesco de otros con el Asegurado Principal

Coberturas Vida Grupo

☐ Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente

☐ Muerte en un accidente

Lesiones con armas

☐ SI

☐ NO

Valor Asegurado

\$

☐ Enfermedades Graves

%

☐ Auxilio funerario

Valor Asegurado

\$

☐ Bono Canasta (pago único)

\$

☐ Pérdida parcial de la capacidad laboral

☐ Renta por Incapacidad

☐ Auxilio de Repatriación

☐ Auxilio de Maternidad/Paternidad

☐ Bono para educación

Coberturas Adicionales

Accidentes Personales

☐ Muerte accidental adicional

☐ Invalidez accidental adicional

Valor asegurado

\$

Lesiones con armas

☐ SI

☐ NO

Renta

☐ Renta por hospitalización

Valor asegurado

\$

Tipo de Renta

☐ cerrada

☐ abierta

EPS

Renta adicional por hospitalización en cuidados intensivos

☐ SI

☐ NO

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Asegurado Principal	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.							
2.							
3.							
4.							

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%) Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

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

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 equis si a ti o alguno de los otros asegurados les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

- ☐ Enfermedades cardiovasculares

☐ Infarto del corazón

☐ Arritmias

☐ Hipertensión arterial

☐ Colesterol (Tratado con medicamentos)

☐ Triglicéridos altos(Tratados con medicamentos)

☐ Lupus
- ☐ Isquemia o trombosis cerebral

☐ Epilepsia

☐ Enfisema(EPOC)

☐ Bronquitis Crónica

☐ Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos)

☐ Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos)

☐ Cirrosis
- ☐ Derrames

☐ Leucemia

☐ Tumores malignos

☐ SIDA o VIH positivo

☐ Insuficiencia Renal

☐ Esclerosis múltiple

☐ Artritis reumatoidea

☐ Diabetes

☐ Pancreatitis

☐ Transtornos psiquiátricos
- ☐ Hepatitis B o C

☐ Retardo mental

☐ Colitis ulcerativa

☐ Hipertiroidismo

☐ Parálisis diferente a facial

☐ Deformidades corporales

☐ Ceguera

☐ Sordera total o parcial

☐ Hernia de columna
- ☐ Pérdida funcional o anatómica

¿Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años? ☐ SI ☐ NO ¿Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción? ☐ SI ☐ NO

¿Consume Marihuana hasta 3 veces por mes? ☐ SI ☐ NO ¿Consume Marihuana más de 3 veces al mes? ☐ SI ☐ NO ¿Son consumidores de otro tipo de 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:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿Alguno de los solicitantes 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? 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 hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	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, responda: El diagnóstico fue hace menos de 30 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización), UCI o manejo al interior de alguna clínica o institución. (En caso de NO haber tenido COVID responda NO). ☐ SI ☐ NO

En caso positivo indique el número de asegurado:

5. ¿Ha sido vacunado contra la COVID-19 y tiene el esquema completo? ☐ SI ☐ NO En caso negativo indique el número de asegurado:

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

En adición a la anteriores respuestas ten en cuenta que con tu firma estás declarando que tú y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupación está permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos.

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 SURAMERICANAS.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.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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 consultadas en la página web.

Firma del asegurado principal

Número de Identificación

Huella Índice Derecho asegurado principal