SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
				0000000

☐ 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

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			☐ Pública ☐ Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

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

☐ Incapacidad Total y Permanente

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

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) ☐ 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 ☐ Hipertiroidismo ☐ Parálisis ☐ Deformidades corporales ☐ Ceguera ☐ 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

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo.

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación esta permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas ni de altoriesgo. Acepto(amos) que esta declamación sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna si no mediante la expedicióndelapólizao certificaciónexpresade cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: Yo(nosotros) autorizo(amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a:

-Solicitar copia integra de mi(nuestra) historia clínica a los prestadores de servicio de salud. Dicha información, deberá contener,el resultado de los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquierinform ación referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaro(amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.

- Compartir con Enlace Operativo S.A., o el tercero que haga sus veces, mi(nuestra) información personal otorgada envirtud de este contrato con la única finalidad de que esta utilice dicha información para apoyar las labores operativas del proceso de expedición.

- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi(nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cavo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta rrelación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar entodas sus partes.

- Intercambiar información con fines estadísticos entre las compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me(nos) encuentre(encontremos) afiliado(dos).

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 DELCONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico (amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la informacõn contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud de seguros

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA