

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD PARA EL GRUPO ASEGURADO

Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico, exacto y completo y que no se ha diagnosticado intervención quirúrgica o enfermedad distinta de las declaradas; no practico ningún deporte peligroso, ni ejerzo una actividad al margen de la ley. SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que en cualquier momento, se compruebe que esta declaración no corresponde al verdadero estado de salud u ocupación al momento de aceptarse el seguro (Código de Comercio Art. 1058 - 1158). En desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizamos a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA, para tener acceso a nuestra Historia Clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados.

Autorizo igualmente a las instituciones prestadoras de salud o los médicos tratantes la entrega directa a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA de esta información o segundas opiniones médicas, aún después del fallecimiento.

Autorizo a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA, para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha, durante la vigencia de este seguro o en cualquier momento, la información allí contenida y/o cualquier relación comercial con esta Aseguradora, a la Asociación Bancaria de Colombia o a cualquier central de información o base de datos. Como asegurado principal de esta póliza, autorizo a descontar de mi salario el valor de la prima que cause el seguro de esta póliza, a partir de la fecha de expedición y las que no corresponden en lo sucesivo.

DECLARACION ESTADO DE SALUD: Conteste SI o NO a todas las preguntas para cada uno de los solicitantes del seguro. Para las respuestas afirmativas favor explicar fecha, tratamiento y nombre del médico o institución de salud u hospitalaria tratantes.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Sufre o ha sufrido enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, renales, tensión arterial, triglicéridos o colesterol alto, cáncer, diabetes, sobrepeso, problemas mentales, SIDA, o alguna otra enfermedad no mencionada?		
2. ¿Tiene en la actualidad alguna enfermedad funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación, tiene algún tratamiento médico o cirugía pendiente?		
3. ¿Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han pedido contribuciones para evitarlo?		
Observaciones:		
Fecha Solicitud:		
Firma del Solicitante:		
N° de Cédula	Huella:	