



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

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

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

|                                                                                         |                     |                          |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tipo de Identificación                                                                  |                     | Número de Identificación |                                                                                                                                                                                                         | Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (primero Nombres, luego Apellidos) |  |
| <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA |                     |                          |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |  |
| Sexo                                                                                    | Fecha de nacimiento | Teléfono sin indicativo  | Celular                                                                                                                                                                                                 | Dirección correspondencia                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                                   | AAAA   MM   DD      |                          |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |  |
| 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:

|                                                                          |                                                                          |                                                  |                                                       |                                                                |                                                   |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares                   | <input type="checkbox"/> Infarto del corazón                             | <input type="checkbox"/> Arritmias               | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial        | <input type="checkbox"/> Colesterol (Tratado con medicamentos) | <input type="checkbox"/> Lupus                    | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) | <input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral                   | <input type="checkbox"/> Epilepsia               | <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)              | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica                    | <input type="checkbox"/> Pancreatitis             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)    | <input type="checkbox"/> Cáncer sin metástasis (no afecta otros órganos) | <input type="checkbox"/> Cirrosis                | <input type="checkbox"/> Derrames                     | <input type="checkbox"/> Leucemia                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Tumores malignos                                | <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo                             | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal     | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple          | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea                  | <input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Ceguera  |
| <input type="checkbox"/> Retardo mental                                  | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa                              | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo         | <input type="checkbox"/> Parálisis diferente a facial | <input type="checkbox"/> Deformidades corporales               | <input type="checkbox"/> Sordera total o parcial  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Hernia de columna                               | <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica                   | <input type="checkbox"/> 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 udted 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 Tipo | Número | Nombre y Apellidos | % | Parentesco |
|---------------------|--------|--------------------|---|------------|
|                     |        |                    |   |            |
|                     |        |                    |   |            |

| Identificación 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](#).

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

|                                                                                                                                                                                                                   |             |                                |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------|----------------|
| <div>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.</div> | <div></div> | Fecha diligenciamiento formato | AAAA   MM   DD |
| Firma del Asegurado                                                                                                                                                                                               |             |                                |                |
| Número de identificación                                                                                                                                                                                          |             | Huella Índice derecho          |                |
|                                                                                                                                                                                                                   |             | Afiliado                       |                |