

Número solicitud

8822062

☒ Nueva

☐ Inclusión

☐ Unificación

☐ Rehabilitación

☐ Modificación

☐ Conversión

Fecha llegada Cia.	Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento
2022/07/01 03:14 PM	2608		2022/07/01
Fecha inicio de vigencia	Tipo de Duración	Duración de la Vigencia	Fecha Vencimiento Póliza
2022/07/01	D	365	2023/07/01

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Celular
CEDULA	66858181	ELVIA	MARIA MARIA	LEMON PULECIO	PULECIO	3506460355

Lugar	Dirección	Teléfono		Ciudad	E-mail	Dir. de Cobro
Trabajo	CL 36 N # 2 A 64	6625161	586	BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.)	EHECHEVERRIMARTINEZ@GMAIL.COM	☐
Residencia	HACIENDA EL CASTILLO CEDROS CASA 90	3116737	2853	JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)	ELVIAMA.LEMONS@GMAIL.COM	☒
Otro	CL 36 N # 2 A 64	3809600	834	CALI (VALLE DEL CAUCA)		☐

Leyenda Adicional Tomador

INFORMACIÓN DE ASESORES

Asesores que participan en el seguro, indique los datos del Líder, Razón Social o nombre del Asesor (Nombres y Apellidos)	Código Asesor	Asesor Líder	% Participación
LUIS ERNESTO ROBLES MOLANO	80688		100

INFORMACIÓN DEL SEGURO DATOS DE VIDA

Seguros de Vida	Plan – Nombre del producto
	Plan credito protegido
	Duración del Crédito
	5 años
	Crecimiento anual del valor asegurado (%)
	0

Coberturas	Capital de respaldo					
	Vida	50000000				
	Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente	50000000				
	Auxilio de Exequias	☐ SI ☒ NO				
Fondo	Suma fija Según Forma de Pago	% Incremento Anual	Num. Veces Prima Protección	Distribución del portafolio	% Pesos	% Dólares
		0	0		0	0

COBRO BANCARIO

Medio de pago

☒ Caja Suramericana

☐ Cobro Bancario

☐ Nómina

Forma de pago:

☒ Anual

☐ Semestral

☐ Trimestral

☐ Mensual

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Inclusión (I) Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Nacimiento
☒ I ☐ E	CEDULA	66858181	ELVIA	MARIA MARIA	LEMON PULECIO	PULECIO	1972/11/27

Sexo	Peso en Kg	Kg Ganados / Perdidos en el último año (+/-)	Estatura en Cms.	Empresa donde trabaja	Ocupación / Cargo / Oficio	Ingresos mensuales por trabajo
F	63.0	0	165	hyline international	EMPLEADO (TIEMPO COMPLETO)	15000000

Código del gestor	Nombre del gestor

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (Recuerde informar si los beneficiarios son con derecho a acrecimiento)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
NIT	8600343137	BANCO DAVIVIENDA S.A.			

Tipo de beneficiario	Parentesco con el asegurado	Porcentaje	Número de Crédito
ONEROSO		0	580101310017075

Observaciones
HASTA POR EL MONTO DE LA DEUDA

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
CEDULA	1005744633	SEBASTIAN		ECHEVERRY	

Tipo de beneficiario	Parentesco con el asegurado	Porcentaje
GRATUITO	HIJO(A)	100

Observaciones

Declaración de asegurabilidad

Si existiese reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por SURAMERICANA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas

Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado:

☐ Valvulopatías	☐ 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	☐ Enfermedad de la glándula tiroides	☐ Úlcera péptica	☐ Colitis	☐ Hepatitis B o C
☐ Cirrosis	☐ Retardo mental	☐ Trastornos psiquiátricos	☐ Parálisis	☐ Deformidades corporales
☐ Ceguera	☐ Sordera total o parcial	☐ Parkinson	☐ Artrosis	☐ Pérdida anatómica funcional
☐ Enfermedades de la Sangre	☐ Enfermedad coronaria	☐ Aneurisma	☐ Trasplantes	☐ Reemplazos articulares
☐ Síndrome de Down	☐ Asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticado posterior a los 5 años)			

Consumo: ☐ Drogas estimulantes

He estado en tratamiento para: ☐ Alcoholismo o ☐ Drogadicción ?

☐ SI ☒ NO

¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esta recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica en los próximos seis (6) meses y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? ¿Ha sido diagnosticado con COVID hace menos de 30 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización) o UCI por esta causa? ¿Tiene pendiente en la actualidad la vacunación contra la COVID-19 o tiene el esquema incompleto? (Especifique)

☐ SI ☒ NO

¿Se ha practicado citología? ☒ SI ☐ NO

¿El resultado de la última citología presentó alteraciones? ☐ SI ☒ NO

¿La citología fue practicada hace más de un año? ☐ SI ☒ NO

¿Alguno de los solicitantes:

☐ Toreo

☐ Boxeo

☐ Bungee Jumping

☐ Otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos

☐ Conduce moto

☐ Automovilismo

☐ Montañismo

☐ Puenting

☐ Es piloto de aeronaves y/o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como:

☐ Motociclismo

☐ Vuelo en ultralivianos

☐ Rafting

☐ Vuelo en cometa

☐ Planeadores

☐ Downhill

☐ Paracaidismo

☐ Cometas y/o similares

☐ Buceo

☐ SI

☒ NO

Historia del grupo familiar

¿Alguno de sus hermanos (as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión, Infarto, Enfermedad Coronaria),Diabetes, Cáncer de Colón, Cáncer de recto y Cáncer de mama?

☐ SI

☒ NO

Información Adicional

CLÁUSULA DE GARANTÍA:

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento (Solicitud para Póliza de Seguros de Personas y Declaración de Asegurabilidad) es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo .

Acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato de seguro y que Suramericana no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de la cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

Autorizo expresamente en nombre propio y los demás asegurados, bajo su encargo, 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 datos biométricos y de salud que son datos sensibles, para los fines necesarios relacionados con la prestación del servicio contratado y para ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias, y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad disponible en: **www.suramericana.com**

Para los productos de vida y salud, autorizo expresamente en nombre propio y en favor de los demás asegurados al responsable, para consultar y obtener copia de la historia clínica o datos clínicos, que son datos sensibles, con la finalidad de evaluar y suscribir las pólizas, así como gestionar los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, y el desempeño ocupacional, aun después de fallecidos.

Con la firma del presente documento declaro que cuento con autorización de los demás asegurados para realizar esta declaración.

Lo anterior entendiendo que la autorización para el tratamiento de estos datos sensibles es facultativa. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos o interponer peticiones acerca del manejo de dichos datos a través del canal de contacto para ejercer los derechos: línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico **protecciondedatos@suramericana.com.co**

Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Suramericana me sea enviada por algún medio electrónico (Mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

DEPÓSITO PROVISIONAL

Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. para descontar de mi nómina o de mis comisiones, la suma que sea mayor entre los gastos de expedición y el valor del anticipo establecido en las políticas de la compañía, si esta solicitud se tramita sin depósito provisional y el asegurado no cubre la primera prima dentro del período de gracia.

☒ SI

☐ NO