

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES DEL BANCO W S.A.



SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

1- DATOS GENERALES

PÓLIZA	NIT 900.378.212-2	TOMADOR Banco W S.A	VALOR SOLICITUD VIDA
---------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

2. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Tipo Identificación	Nro. Identificación
FECHA NACIMIENTO AAAA MM DD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTATURA	PESO (Kg)	PROFESIÓN/OCUPACIÓN
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

ESTADO CIVIL
CASADO SOLTERO OTRO _____

3. DATOS DE BENEFICIARIO

EL BENEFICIARIO ONEROSO SERA BANCO W S.A HASTA POR EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA.
EN CASO DE EXISTIR REMANENTE, ESTE SERÁ PAGADO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO (LIBRE DESIGNACIÓN) O A LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOC DE IDENTIDAD	%	PARENTESCO	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

4. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

TE SOLICITAMOS CONTESTAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO NI LLENARLOS CON GUIONES. SI HAY CORRECCIONES O ENMENDADURAS, SÍRVASE VALIDARLAS CON SU FIRMA

a) ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, cirugía arterio coronaria, trasplante de órganos vitales, quemaduras graves, estado de coma, anemia aplásica, traumatismo mayor de cabeza, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson arritmias, hipertensión arterial, colesterol (tratado con medicamentos), triglicéridos (tratados con medicamentos) derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar (EEPOC), 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, trastornos psiquiátricos, colitis, hipertiroidismo, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, hernia de columna, pérdida funcional o anatómica; sufre de alguna otra enfermedad(es) o consume drogas estimulantes, ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñar labores propias de su ocupación?

NO SI ¿CUÁL? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

b) ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad te encuentras en algun tratamiento o estudio médico o sabes si seras hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?

NO SI ¿CUÁL? _____

En caso que usted deba contestar positivamente alguna de las preguntas de los numerales a, y b debes diligenciar la siguiente información

Nombre del medico Tratante	Nombre de la institución médica	Fecha de la consulta	Causa

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SEGUROS SURA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

El Valor Asegurado para cada deudor es el valor inicial del crédito ó monto inicial de las obligaciones financieras contraidas. . Certifico que soy conciente y estoy de acuerdo con todas las condiciones del presente seguro.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos, para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051888. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.co

LA NO VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO, O EL NO DILIGENCIAMIENTO DEL MISMO EN SU TOTALIDAD, PRODUCIRÁ LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y POR LO TANTO LA NO INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO. LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A. HASTA TANTO LA COMPAÑÍA SE MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO.

Certifico que el Asesor me explicó coberturas y exclusiones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud de seguro.

Firma del Asegurado

Nro. Identificación del Asegurado

Fecha diligenciamiento

Huella

