





## DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

Marca con una equis si a ti o alguno de los otros asegurados les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

- Enfermedades cardiovasculares  Infarto del corazón  Arritmias  Hipertensión arterial  Colesterol (Tratado con medicamentos)  Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)  Lupus  
 Isquemia o trombosis cerebral  Epilepsia  Enfisema (EPOC)  Bronquitis Crónica  Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos)  Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos)  Cirrosis  
 Derrames  Leucemia  Tumores malignos  SIDA o VIH positivo  Insuficiencia Renal  Esclerosis múltiple  Artritis reumatoidea  Diabetes  Pancreatitis  Transtornos psiquiátricos  
 Hepatitis B o C  Retardo mental  Colitis ulcerativa  Hipertiroidismo  Parálisis diferente a facial  Deformidades corporales  Ceguera  Sordera total o parcial  Hernia de columna  
 Pérdida funcional o anatómica  Otra Enfermedad, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años?  SI  NO ¿Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción?  SI  NO

¿Consumes Marihuana hasta 3 veces por mes?  SI  NO ¿Consumes Marihuana más de 3 veces al mes?  SI  NO ¿Son consumidores de otro tipo de drogas estimulantes o adictivas?  SI  NO

1. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

2. ¿Han estado incapacitados u hospitalizados en el último año por más de 60 días, se encuentran actualmente en algún tratamiento o estudio médico o saben si serán hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente?

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

SI  NO

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

En adición a la anteriores respuestas ten en cuenta que con tu firma estás declarando que tú y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupación está permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos.

### 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](http://www.sura.com).

### CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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 consultadas en la página web.



Firma del asegurado principal  
Número de Identificación

Huella Índice Derecho  
asegurado principal

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: Compañerola) 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.

F-02-83-320

Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/09/2016 **apotema**

- SURAMERICANA -

[www.sura.com](http://www.sura.com)