

Automóviles y Motos de alto cilindraje

**DATOS GENERALES**

Póliza	Tomador <b>BANCOLOMBIA S.A.</b>	NIT <b>890.903938-8</b>	Crédito / Leasing No.
--------	------------------------------------	----------------------------	-----------------------

**DATOS PERSONALES**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Tipo Identificación	Nro. Identificación
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo Electrónico	Celular / Teléfono	
DD   MM   AAAA				

**DATOS DEL CRÉDITO O LEASING**

% Extraprima <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ %	Valor del desembolso	¿El cliente toma valor asegurado adicional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuánto \$ _____
Prima mensual por valor del desembolso \$ _____	Prima mensual valor asegurado adicional \$ _____	

**DATOS DE BENEFICIARIO ONEROSO**

EL BENEFICIARIO ONEROSO SERA BANCOLOMBIA HASTA POR EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA

**DATOS DE BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Doc. de Identidad	%	Parentesco	Teléfono/Celular

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

LE 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 (EPOC), 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?
- SI  NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- b) ¿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?
- SI  NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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 SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

**CONDICIONES DE ACEPTACIÓN POR PADECIMIENTO DECLARADO:** Para la siguiente afirmación marque con una "X" cuando aplique:

- Declaro que tengo conocimiento que debido al padecimiento declarado no se otorga cobertura de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad (ITP) en la póliza que se está contratando.

Certifico que soy consciente y estoy de acuerdo con todas las condiciones del presente seguro y que en caso de no aceptarlas debo entregar a Bancolombia un seguro por los montos, coberturas y demás exigencias de las normas y políticas internas que regulen la materia, en el que figure Bancolombia S.A. como primer beneficiario oneroso.

**Valor asegurado:** El valor Asegurado de este seguro será el valor del desembolso del crédito y permanecerá constante durante toda la vigencia del mismo. El valor asegurado adicional tomado por el cliente es voluntario e igualmente permanecerá constante durante toda la vigencia del mismo.

**Permanencia cobertura de ITP:** En caso de contar con esta cobertura, la misma estará vigente hasta los 72 años de edad.

**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, 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 8000 518888. Para conocer nuestra política de privacidad visite [www.sura.com](http://www.sura.com).

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.

Declaro que he leído, revisado y entendido los textos incorporados en esta solicitud de seguro. Conozco cuales son mis deberes, obligaciones y derechos y certifico con mi firma y que acepto integralmente su contenido.

Firma del Asegurado

Número de Identificación del Asegurado

DD | MM | AAAA  
Fecha de diligenciamiento