

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado:

- Enfermedades cardiovasculares 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 Hepatitis B o C Cirrosis Retardo mental Transtornos psiquiátricos
 Colitis ulcerativa Hipertiroidismo Parálisis Deformidades corporales Ceguera Sordera total o parcial Hernia de columna Pérdida funcional o anatómica
 Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo Drogadicción

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: SI NO

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

2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado(s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra(n) en algún tratamiento o estudio médico o sabe(n) si será(n) hospitalizado(s) o intervenido(s) quirúrgicamente?

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: SI NO

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

3. ¿A alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama? SI NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstico	No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstico
1.				2.			

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo.

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto(amos) 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.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: YO (nosotros) autorizo (amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a:

-Solicitar copia íntegra de mi (nuestra) historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaro (amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.

- Compartir con Enlace Operativo S.A., o el tercero que haga sus veces, mi (nuestra) información personal otorgada en virtud de este contrato con la única finalidad de que ésta utilice dicha información para apoyar las labores operativas del proceso de expedición.

- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi (nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro (amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

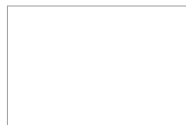
- Intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me (nos) encuentre (encontramos) afiliado (dos).

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro

Firma del Afiliado
Número de Identificación _____



Huella Índice Derecho
Afiliado

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) _____

Número Solicitud 0000000