

DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA SUCURSAL

Ramo	Póliza	Recibo
------	--------	--------

Fecha Diligenciamiento DD MM AAAA

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD ELECTRÓNICA DE SEGURO

Garantizo que la información suministrada por mí y consignada en la solicitud electrónica número _____ Ramo _____, así como en el Formulario de Conocimiento del Cliente SARLAFT(1) diligenciados el día _____ de _____ de 201____, es en todas sus partes cierta, y la misma hará parte integral del contrato de seguro. Este documento servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición de la póliza.

Garantizo que gozo de buena salud y en cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier IPS o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre, aun después de fallecido, a Suramericana, copia de mi historia clínica o de cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a esta(2). Así mismo, que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo.

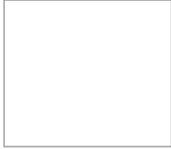
Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi 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 consultar, reportar los datos positivos o negativos de mi 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. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Además me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse 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 visite www.sura.com.

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

Autorizo a Suramericana a descontar de la cuenta bancaria que para el efecto señale, los pagos por concepto de primas a mi cargo. Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

Marque tipo de operación: Negocio nuevo Modificación (Valorable o no valorable)
 Marque clase de cliente: Tomador Asegurado



1.Nombre del cliente
CC. / Nit.

Firma del cliente

Huella

Firma y código del asesor

Ciudad

Si el titular de la cuenta bancaria es diferente al tomador, favor diligenciar:



ÁREA EXCLUSIVA SELLO

Nombre del titular de la cuenta bancaria
CC.

Firma del titular de la cuenta bancaria

Huella

1. En caso en que el tomador sea una persona jurídica debe aportar la firma y huella del Representante Legal.

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)