

Crédito Hipotecario Leasing Habitacional

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Para Crédito Hipotecario el tomador será BANCOLOMBIA S.A. NIT. 890.903.938-8. Para Leasing Habitacional el tomador será LEASING BANCOLOMBIA S.A. NIT. 860.059.294-3

DATOS PERSONALES

*Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> PA.		Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)		
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Ciudad Residencia	Departamento Residencia	Teléfono Residencia (sin indicativo)	Número Celular
Dirección Residencia		Mail	Valor Solicitado del crédito/leasing (Seguro de Vida)		

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO ONEROSO

Para crédito hipotecario el beneficiario oneroso será Bancolombia S.A NIT 890.903.938-8 hasta el saldo de la deuda. Para leasing habitacional el beneficiario oneroso será Leasing Bancolombia S.A. NIT 860.059.294-3 hasta el saldo de la deuda.

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, 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(n) 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 desempeñarse labores propias de su ocupación? SI NO
Cuál? _____ Hace cuánto tiempo? _____
- b. Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por mas de 60 días, en la actualidad se encuentra en algun tratamiento o estudio medico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? Cuál? _____ SI NO

SIRVASE AMPLIAR A CONTINUACIÓN LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

Nombre del Médico Tratante	Nombre de la institución medica	Fecha de la última consulta DDMMAAAA	Causa (ACCIDENTE O ENFERMEDAD)

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.

El Valor Asegurado en la póliza de vida grupo será el saldo insoluto de la deuda.

Certifico que soy conciente y estoy de acuerdo con todas las condiciones del presente seguro y que en caso de no aceptarlas puedo entregar a BANCOLOMBIA S.A/ LEASING BANCOLOMBIA S.A. un seguro que cumpla con los requisitos exigidos por este para el otorgamiento del crédito.

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 8000518888. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

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

ESTA SOLICITUD TIENE VIGENCIA DE DOCE (12) MESES, SI EL DESEMBOLSO NO SE REALIZA DURANTE ESE TIEMPO, DEBE DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD. AUTORIZO A BANCOLOMBIA S.A. PARA QUE RECAUDE EL VALOR CORRESPONDIENTE A LA PRIMA DE ESTE SEGURO.

EL VALOR DE LA PRIMA MENSUAL DE SEGURO SERÁ ACTUALIZADO CADA AÑO DE ACUERDO CON EL SALDO DE LA DEUDA Y LA EDAD ALCANZADA AL 31 DE OCTUBRE DE CADA AÑO. DICHO VALOR PERMANECERÁ CONSTANTE DURANTE LOS 12 MESES SIGUIENTES A DICHO CÁLCULO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 ésta Solicitud de Seguro

Firma del Asegurado

Número de Identificación Asegurado

Fecha de Diligenciamiento DDMMAAAA