SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO - ASEGURADO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
				0000000

☐ Plan Vida Integral Contributivo ☐ Plan Vida Integral No Contributivo ☐ Plan Vida Clásico Contributivo ☐ Plan Vida Clásico No Contributivo ☐ Plan Vida Deudores

☐ Ingreso ☐ Modificación **Porcentaje de crecimiento** ☐ SI ☐ NO % **Forma de pago prima** ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Continuidad de vida Individual Sura ☐ SI ☐ NO No. Póliza Vida Individual Sura:

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos)

	Código Gestor

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☐ NIT			☐ Pública ☐ Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.			☐ F ☐ M	

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular

Dirección Correspondencia	Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por amparo de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por amparo del Asegurado Principal).

(** El asegurado principal y su grupo asegurado deben tener los mismos amparos).

Valor Solicitado Amparo de Vida

Asegurado Principal $ _____

Cónyuge $ _____

Hijos $ _____

Hermanos $ _____

Otros $ _____

Parentesco de otros con el Asegurado Principal _____

Amparos Vida Grupo
Coberturas

☐ Invalidez por Accidente o Enfermedad

☐ Indemnización Adicional por Muerte Accidental Lesiones con armas ☐ Si ☐ No — Valor Asegurado $

☐ Enfermedades Graves _____ %

☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) — Valor Asegurado $

☐ Bono Canasta (pago único) — $

☐ Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida, máximo $250.000.000)

Amparos Adicionales
Coberturas

Accidentes Personales

☐ Muerte Accidental — Valor asegurado $

☐ Invalidez Accidental Lesiones con armas ☐ SI ☐ NO

Renta

☐ Renta Diaria por Hospitalización — Valor asegurado $

Tipo de Renta ☐ cerrada ☐ abierta

EPS _____

Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ☐ SI ☐ NO

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) $ _____

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.								
2.								
3.								
4.								

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

(Otros asegurados deben diligenciar el formato especifico F-02-83-125)**

Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

Identificación Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

Identificación Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

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

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) 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.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S. A., su matriz, sus empresas filiales y subsidiarias, nacionales o extranjeras, presentes o futuras, en adelante SURAMERICANA, para el tratamiento de los datos personales que suministre, con los siguientes fines: El trámite de mi solicitud de seguro, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos, la ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre, el control y la prevención del fraude, la liquidación y pago de siniestros; la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado, el registro y compilación de mis datos en ficheros físicos o digitales. Para que compartan entre ellas y accedan a la información referente a mi con el fin de contactarme por cualquier medio para fines comerciales o de mercadeo, envío de información y publicidad.
Igualmente autorizo a SURAMERICANA para que comparta, trasmita, entregue, transfiera a cualquier título, consulte información y/o documentación referente a mí, para las finalidades mencionadas a: los proveedores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con SURAMERICANA., los intermediarios de seguros, defensor del consumidor financiero, Fasecolda e Inverfas, coaseguradores y reaseguradores, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, a las entidades del Sistema General de Seguridad Social Integral y las Centrales de información y riesgo. De igual forma, autorizo a SURAMERICANA para consultar, acceder y obtener copia de mi historia clínica para las finalidades enunciadas, incluso después de fallecido.
Autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. He sido informado que las respuestas a las preguntas sobre datos personales sensibles o sobre datos de niños y adolescentes son voluntarias. Sé que me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012, en especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos.
Se informa que el responsable del tratamiento de la información es Suramericana, cuya dirección es Suramericana para cualquier corrección, actualización o supresión de datos, comunicarse a la línea de atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000 518888.

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 AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

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 Afiliado
Número de Identificación_____

Huella Índice Derecho Afiliado

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

Número Solicitud 0000000

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:** Compañero(a) 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.