

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO NO CONTRIBUTIVO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Ofc.Radicación	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha Diligenciamiento AAAA/MM/DD
----------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE	Número de Identificación	Razón Social
--	--------------------------	--------------

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

Nombre del asesor o razón social	Código asesor	% Participación	Nombre del asesor o razón social	Código asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------	----------------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> X	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)			Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
Peso (Kg)	Estatura(en cms)	Ciudad de residencia	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular	
Dirección Correspondencia				Correo Electrónico		

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

Valor Solicitado Cobertura de Vida

Asegurado principal	\$	Nombre del plan
Cónyuge	\$	Nombre del plan
Hijos	\$	Nombre del plan
Hermanos	\$	Nombre del plan
Progenitores	\$	Nombre del plan

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

Identificación Tipo	Número	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Asegurado Principal	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)	Correo electrónico	Celular o Teléfono
1.									
2.									
3.									
4.									

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%) Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Correo electrónico	Celular o Teléfono

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

1. Usted o alguien de su grupo familiar, sufre, ha sido tratado o está siendo tratado por alguna de las siguientes enfermedades:

(Escriba al frente de cada enfermedad el número de asegurado que la padece. El afiliado principal se marca con el 0).

<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
<input type="checkbox"/> Infarto al corazón	<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Parálisis diferente a facial
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ceguera total o parcial
<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sordera total o parcial
<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos	<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Hernia de columna
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Hepatitis B, C o D	<input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica
<input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Tumores malignos	<input type="checkbox"/> Retardo mental	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa	

¿Le han indicado o ha recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe o le han indicado tratamiento por alcoholismo o drogadicción? ☐ SI ☐ NO

¿Consumes drogas estimulantes o adictivas? ☐ SI ☐ NO

2. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

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

3. ¿Ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información: ☐ SI ☐ NO

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

4. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, requirió tratamiento en UCI (Unidad de cuidado intensivo) o UCE (Unidad de cuidado especial)? (En caso de NO haber tenido COVID responda NO). ☐ SI ☐ NO

En caso positivo indique el número de asegurado:

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

DECLARACIÓN DE OCUPACIÓN

¿Alguno de los asegurados ejercen actividades catalogadas por la ley como ilícitas o han cometido delitos? ☐ SI ☐ NO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DECLARE ANTERIORMENTE QUE SUFRE UN PADECIMIENTO O QUE EJERCE ACTIVIDADES ILÍCITAS, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y SE DEBERÁ ESPERAR LA NOTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL SEGURO.

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) con la firma de este documento a **SURAMERICANA S.A** en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior a obtener copia de historia clínica o datos clínicos, que es un dato sensible, para la vinculación, suscripción, evaluación y proceso de reclamación de la solución contratada, gestión de los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, aun después de fallecidos.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) a **SURAMERICANA S.A** en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en www.segurossura.com.co, donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, la forma de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.

☐ SI ☐ NO

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE 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

CONDICIONES DEL PRODUCTO: Conoce las coberturas y exclusiones del producto Plan Vida Integral en la página web <https://www.segurossura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.aspx>

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

<div></div> <div>Firma del asegurado principal</div> <div>Número de Identificación</div>	<div></div> <div>Huella Índice Derecho asegurado principal</div>
--	--