

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



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

Póliza No.

Ofc Radicación

Fecha Inicio de Vigencia

Fecha Fin de Vigencia

Fecha de Diligenciamiento

Número Solicitud

☐ Póliza nueva

☐ Ingreso

☐ Modificación

☐ Renovación

☐ Plan Vida Integral Contributivo

☐ Plan Vida Integral No Contributivo

☐ Plan Vida Clásico Contributivo

☐ Plan Vida Clásico No Contributivo

Continuidad de vida Individual Sura

☐ SI☐ NO

No. Póliza Vida Individual Sura:

Forma de pago prima

☐ Mensual☐ Trimestral☐ Semestral☐ Anual

☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)☐ Mensual (Cobrode Ajuste en el Mes)

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 GESTOR

Gestores que participan en el seguro.

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 ASEGURADO 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 de residencia

Departamento

Teléfono (Sin indicativo)

Celular

Dirección Correspondencia

Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (ASEGURADO PRINCIPAL)

Coberturas Vida Grupo

☐ Vida

☐ Invalidez o pérdida por un accidente o enfermedad

☐ Enfermedades Graves %

☐ Pérdida parcial de la capacidad laboral

☐ Muerte en un accidente

Lesiones con armas☐ SI☐ No

☐ Auxilio por maternidad o Paternidad

☐ Bono funerario

☐ Auxilio de Repatriación

☐ Bono para educación

☐ Bono para adecuaciones del hogar

☐ Bono canasta

Valor Asegurado \$

Valor Asegurado \$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

Coberturas Adicionales

Accidentes Personales

☐ Muerte accidental adicional

☐ Invalidez accidental adicional

Valor asegurado \$

Lesiones con armas☐ SI☐ NO

Renta

☐ Renta por incapacidad

☐ Renta por ihospitalización

☐ Renta adicional por cuidados intensivos

Valor asegurado \$

\$

Tipo de Renta

☐ cerrada☐ abierta

EPS

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)

\$

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

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

Con derecho a Acrecimiento☐ SI☐ NO

Identificación

Tipo

Número

Nombre y Apellidos

%

Correo Electrónico

Celular o Teléfono

Parentesco con el Empleado

COPRHIHE

COPRHIHE

COPRHIHE

COPRHIHE

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

\*Tipo Ident.

Número de Identificación

Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)

Correo Electrónico

Celular o Teléfono

Parentesco con el Empleado

Fecha Nacimiento AAAA MM DD

Sexo

Peso (Kg.)

Estatura (cms)

1.

COPRHIHE

2.

COPRHIHE

3.

COPRHIHE

4.

COPRHIHE

INFORMACIÓN DEL SEGURO (GRUPO FAMILIAR)

(\*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).

ASEGURADOS GRUPO FAMILIAR

1

2

3

4

Valor asegurado cobertura de vida

\$

\$

\$

\$

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).

☐ Enfermedades cardiovasculares

☐ Infarto al corazón

☐ Arritmias

☐ Hipertensión arterial

☐ Colesterol

☐ Triglicéridos altos

☐ Lupus

☐ Isquemia o trombosis cerebral

☐ Epilepsia

☐ Enfisema (EPOC)

☐ Bronquitis Crónica

☐ Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)

☐ Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)

☐ Cirrosis

☐ Derrames

☐ Leucemia

☐ Tumores malignos

☐ SIDA o VIH positivo

☐ Insuficiencia Renal

☐ Esclerosis múltiple

☐ Artritis reumatoidea

☐ Diabetes

☐ Pancreatitis

☐ Transtornos psiquiátricos

☐ Hepatitis B, C o D

☐ Retardo mental

☐ Colitis ulcerativa

☐ Hipertiroidismo

☐ Parálisis diferente a facial

☐ Deformidades corporales

☐ Ceguera total o parcial

☐ Sordera total o parcial

☐ Hernia de columna

☐ Pérdida funcional o anatómica

¿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

¿Consume 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?

☐ SI☐ NO

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

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.

COBERTURA INMEDIATA

Después de analizar tu solicitud Sura te informará si se puede asegurar. Si Sura acepta hacerlo, tendrás cobertura inmediata sin cobro de prima, desde la fecha de diligenciamiento de la solicitud, hasta la fecha de corte del seguro. Esta cobertura inmediata sin cobro de prima en ningún caso podrá darse por un período superior a 30 días.

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

Firma del asegurado principal

Número de Identificación

Huella Índice Derecho asegurado principal

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.

F-14-11-0083-437

Fecha a partir de la cual se utiliza: 15/12/2022

- SURAMERICANA -

www.sura.com

# SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

