

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)					
Tomador	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Diligenciamiento	Número Solicitud
Ofc Radicación					
<input type="checkbox"/> Plan Vida Integral Contributivo <input type="checkbox"/> Plan Vida Integral No Contributivo			<input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Modificación		
Continuidad de vida Individual Sura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO No. Póliza Vida Individual Sura:					
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	
INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro.					Código Gestor

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.		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	Coberturas Vida Grupo	Coberturas Adicionales
Asegurado Principal \$ _____	<input type="checkbox"/> Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente	Accidentes Personales
Cónyuge \$ _____	<input type="checkbox"/> Muerte en un accidente	<input type="checkbox"/> Muerte accidental adicional
Hijos \$ _____	Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor asegurado \$ _____
Hermanos \$ _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves _____ %	<input type="checkbox"/> Invalidez accidental adicional
Otros \$ _____	<input type="checkbox"/> Auxilio funerario	Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Parentesco de otros con el Asegurado Principal	Valor Asegurado \$ _____	Renta
	<input type="checkbox"/> Bono Canasta (pago único)	<input type="checkbox"/> Renta por hospitalización
	Valor Asegurado \$ _____	Valor asegurado \$ _____
	<input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la capacidad laboral	Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta
	<input type="checkbox"/> Renta por Incapacidad <input type="checkbox"/> Auxilio de Repatriación	EPS _____
	<input type="checkbox"/> Auxilio de Maternidad/Paternidad <input type="checkbox"/> Bono para educación	Renta adicional por hospitalización en cuidados intensivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$ _____

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

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

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL [*La suma de los porcentajes 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	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

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.

Marca con una equis si a ti o alguno de los otros asegurados les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

- Enfermedades cardiovasculares Infarto del corazón Arritmias Hipertensión arterial Colesterol (Tratado con medicamentos) Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) Lupus
- Isquemia o trombosis cerebral Epilepsia Enfisema (EPOC) Bronquitis Crónica Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos) Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos) Cirrosis
- Derrames Leucemia Tumores malignos SIDA o VIH positivo Insuficiencia Renal Esclerosis múltiple Artritis reumatoidea Diabetes Pancreatitis Transtornos psiquiátricos
- Hepatitis B o C Retardo mental Colitis ulcerativa Hipertiroidismo Parálisis diferente a facial Deformidades corporales Ceguera Sordera total o parcial Hernia de columna
- Pérdida funcional o anatómica Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____

¿Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años? SI NO ¿Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción? SI NO¿Consume Marihuana hasta 3 veces por mes? SI NO ¿Consume Marihuana más de 3 veces al mes? SI NO ¿Son consumidores de otro tipo de drogas estimulantes o adictivas? SI NO

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

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

2. ¿Han estado incapacitados u hospitalizados en el último año por más de 60 días, se encuentran actualmente en algún tratamiento o estudio médico o saben si serán hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)?

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

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

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

En adición a la anteriores respuestas ten en cuenta que con tu firma estás declarando que tú y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupación está permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos.

COBERTURA INMEDIATA

Después de analizar tu solicitud Sura te informará si te 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 periodo superior a 30 días.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con tu firma también estás autorizando a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de tus datos personales con la finalidad de vincularte como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Para el tratamiento de tus datos, incluso 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. Estás autorizando a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir tu 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 reportar los datos positivos o negativos de tu 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. Autorizas a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de tu historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro.

Te en cuenta que las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tienes derecho a conocer, actualizar y rectificar tus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarte sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y solicitar la supresión de tus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre tus datos personales, comunícale 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 visita www.sura.com.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

<p>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.</p>	
Firma del asegurado principal	Huella Índice Derecho
Número de Identificación	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: Compañerol(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-02-83-320

Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/09/2016

www.sura.com

- SURAMERICANA -