

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
 Sistema de ajuste

Mensual
 Trimestral
 Semestral
 Anual
 Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)
 Mensual (Cobro de 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
 8910801706-8
 Fondo de Empleados Empresas Cafeteras
 Pública
 Privada

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

Cll 22 # 22-26
 Manizales/Caldas
 foncafetesoreira@une.net.co
 3128338431

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	Coberturas Adicionales	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)
<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Invalidez o pérdida por un accidente o enfermedad Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves _____ % <input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la capacidad laboral <input type="checkbox"/> Muerte en un accidente Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Auxilio por maternidad o Paternidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono funerario \$ _____ <input type="checkbox"/> Auxilio de Repatriación \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono para educación \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono para adecuaciones del hogar \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono canasta \$ _____	Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Muerte accidental adicional Valor asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Invalidez accidental adicional Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Renta <input type="checkbox"/> Renta por incapacidad Valor asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Renta por hospitalización \$ _____ <input type="checkbox"/> Renta adicional por cuidados intensivos Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta EPS _____	\$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO 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			Identificación			
Tipo	Número	Nombre y Apellidos	Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%

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.					CO PR HI HE				
2.					CO PR HI HE				
3.					CO PR HI HE				
4.					CO PR HI HE				

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)

<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 tromboisis 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
 ¿Consumo drogas estimulantes o adictivas? SI NO

2. En caso que haya 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? 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)? SI NO

En caso que haya 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, responda: El diagnóstico fue hace menos de 30 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización), UCI o manejo al interior de alguna clínica o institución. (En caso de NO haber tenido COVID responda NO). SI NO

En caso positivo indique el número de asegurado:

5. ¿Ha sido vacunado contra la COVID-19 y tiene el esquema completo? SI NO En caso negativo 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 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.

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.

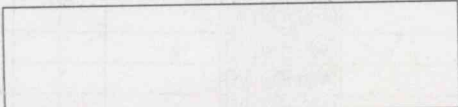

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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.segurosura.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 protecciondatos@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.segurosura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.aspx>

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

	
--	---

Firma del asegurado principal

Huella Índice Derecho asegurado principal

Número de Identificación _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carné Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - NI: 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. www.sura.com

Fecha a partir de la cual se utiliza: 31/08/2022

- SURAMERICANA -