SOLICITUD DE
SEGUROS PARA VIDA GRUPO

sura

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

Póliza No. | Fecha de Diligenciamiento (DD/MM/AAAA) | Fecha inicio vigencia movimiento (DD/MM/AAAA)

☐ Ingreso ☐ Modificación

☐ Plan Vida Integral Contributivo ☐ Plan Vida Integral No Contributivo ☐ Condiciones Uso ☐ Plan Vida Clásico

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA INTERMEDIARIO)

Nombre del Intermediario o razón social | Código Intermediario

INFORMACIÓN EJECUTIVO COMERCIAL que participan en el seguro.

Nombre de Ejecutivo Comercial | Código Ejecutivo Comercial

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT | Número de Identificación: 890.801.706-8 | Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): FONDO DE EMPLEADOS DE EMPRESAS CAFETERAS - FECAFE

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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

Peso (Kg) | Kg. Ganados/Perdidos último año (+/−) | Estatura (en cms) | Estado Civil: ☐ Solt. ☐ Cas. ☐ Sep. ☐ U.Libre ☐ Viudo | Ocupación / Cargo / Oficio

Ciudad de residencia | Departamento | Tipo de Dirección de correspondencia: ☐ Residencia ☐ Trabajo ☐ Otra | Dirección Correspondencia

Correo Electrónico | Teléfono (Sin indicativo) | Celular

INFORMACIÓN DEL SEGURO (ASEGURADO PRINCIPAL)

Plan Elegido

Coberturas Vida Grupo

- ☐ Vida
- ☐ Invalidez o pérdida por un accidente o enfermedad
- ☐ Enfermedades Graves _____%
- ☐ Pérdida parcial de la capacidad laboral
- ☐ Auxilio por maternidad o Paternidad
- ☐ Bono funerario
- ☐ Auxilio de Repatriación
- ☐ Bono para educación
- ☐ Bono para adecuaciones del hogar
- ☐ Bono canasta

Coberturas Adicionales

Accidentes Personales
- ☐ Muerte accidental
- ☐ Gastos de curación
- ☐ Invalidez accidental adicional
- ☐ Invalidez por perdida o inutilización por Enfermedad

Renta
- ☐ Renta por incapacidad por accidente o enfermedad
- ☐ Renta por incapacidad por accidente
- ☐ Renta por hospitalización
- ☐ Renta adicional por cuidados intensivos

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
						CO PR HI HE
						CO PR HI HE
						CO PR HI HE
						CO PR HI HE

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.)	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. El afiliado principal se marca con el 0).

☐ Enfermedades cardiovasculares ☐	☐ Enfisema (EPOC) ☐	☐ Insuficiencia Renal ☐	☐ Hipertiroidismo ☐
☐ Infarto al corazón ☐	☐ Bronquitis Crónica ☐	☐ Esclerosis múltiple ☐	☐ Parálisis diferente a facial ☐
☐ Arritmias ☐	☐ Cirrosis ☐	☐ Artritis reumatoidea ☐	☐ Deformidades corporales ☐
☐ Hipertensión arterial ☐	☐ Derrames ☐	☐ Diabetes ☐	☐ Ceguera total o parcial ☐
☐ Colesterol ☐	☐ Leucemia ☐	☐ Pancreatitis ☐	☐ Sordera total o parcial ☐
☐ Triglicéridos altos ☐	☐ Tumores malignos ☐	☐ Transtornos psiquiátricos ☐	☐ Hernia de columna ☐
☐ Lupus ☐	☐ SIDA o VIH positivo ☐	☐ Hepatitis B, C o D ☐	☐ Pérdida funcional o anatómica ☐
☐ Isquemia o trombosis cerebral ☐		☐ Retardo mental ☐	☐ Trasplante ☐
☐ Epilepsia ☐		☐ Colitis ulcerativa ☐	☐ Cáncer ☐

1.1. En caso de haber respondido positivamente para CÁNCER, favor informar:

- **a.** ¿Terminó tratamiento y/o el cáncer se considera curado o sin recaídas? ☐ SI ☐ NO
- **b.** En caso de responder SI, favor informar:
  - ☐ Curación hace más de 4 años (Mayores de 18 años) o 2 años (menores de 18 años)
  - ☐ Curación hace menos de 4 años (Mayores de 18 años) o menos de 2 años (menores de 18 años)
- **c.** Favor informar si dicho cáncer tuvo metástasis o invasión: ☐ Con metástasis ☐ Sin metástasis

¿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?

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 ILICITAS, 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.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

GARANTÍA SOBRE LISTAS RESTRICTIVAS Y ACTIVIDADES ILÍCITAS

Con la firma del presente garantizo que mi ocupación está permitida por la ley, que no ejerzo ni ejerceré actividades ilícitas y que no cometeré delitos. Garantizo que no me encuentro incluido ni seré incluido en listas vinculantes o restrictivas nacionales o internacionales, incluyendo, entre otras, la Lista de Naciones Unidas (ONU), la Lista de la Unión Europea, la Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros) del Departamento del Tesoro de los EE.UU.; así mismo que no me encuentro sancionado o seré sancionado por autoridades internacionales, incluyendo, entre otras, la OFAC o el Consejo de Seguridad de la ONU.

En caso de incumplimiento de cualquiera de estas garantías, el contrato será anulable o podrá darse por terminado desde el momento de la infracción, conforme lo dispuesto en el artículo 1061 del Código de Comercio colombiano.

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Firma del asegurado principal

Huella Índice Derecho asegurado principal

Número de Identificación _____

TIPODE 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.