

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO



SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



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

Póliza No.	Ofc Radicación	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Dilucidamiento	Número Solicitud
<input type="checkbox"/> Póliza nueva	<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Modificación	<input type="checkbox"/> Renovación		
<input type="checkbox"/> Plan Vida Integral Contributivo		<input type="checkbox"/> Plan Vida Integral No Contributivo		<input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico Contributivo	<input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico No Contributivo
Continuidad de vida Individual Sura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		No. Póliza Vida Individual Sura:			
Forma de pago prima <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		Sistema de ajuste <input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) <input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)			

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPAZIO 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 <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
---	--------------------------	---	--

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

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)	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"/> Invalididad o pérdida por un accidente o enfermedad <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 <input type="checkbox"/> Auxilio por maternidad o Paternidad <input type="checkbox"/> Bono funeralio <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 <input type="checkbox"/> Invalididad accidental adicional Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Renta <input type="checkbox"/> Renta por incapacidad <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.					<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> HI	<input type="checkbox"/> HE	
2.					<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> HI	<input type="checkbox"/> HE	
3.					<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> HI	<input type="checkbox"/> HE	
4.					<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> HI	<input type="checkbox"/> 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 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?

¡Consumo 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? o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secretiones, 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 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?

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.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a Suramericana SA en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, para ser contactado para el ofrecimiento de productos y servicios y para las demás finalidades contenidas en la política de privacidad que puede ser consultada en www.segurosura.com.co/paginas/legal/politica-privacidad-datos.aspx, donde se encuentran los canales de contacto, y la forma de ejercer mis derechos a revocar la autorización, conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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.	Huella Índice Derecho asegurado principal
--	---

Firma del asegurado principal

Número de Identificación _____

VIGILADO SUPERVISIÓN FINANCIERA DE COLOMBIA

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-02-83-437

Fecha a partir de la cual se utiliza: 17/03/2022

www.sura.com

- SURAMERICANA -