

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO



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
<div><input type="checkbox"/> Póliza nueva</div> <div><input type="checkbox"/> Ingreso</div> <div><input type="checkbox"/> Modificación</div> <div><input type="checkbox"/> Renovación</div>					
<div><input type="checkbox"/> Plan Vida Integral Contributivo</div> <div><input type="checkbox"/> Plan Vida Integral No Contributivo</div> <div><input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico Contributivo</div> <div><input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico No Contributivo</div>					
Continuidad de vida Individual Sura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO No. Póliza Vida Individual Sura:					
Forma de pago prima			Sistema de ajuste		
<div><input type="checkbox"/> Mensual</div> <div><input type="checkbox"/> Trimestral</div> <div><input type="checkbox"/> Semestral</div> <div><input type="checkbox"/> Anual</div>			<div><input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)</div> <div><input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)</div>		
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
<div><input type="checkbox"/> C.C.</div> <div><input type="checkbox"/> C.E.</div> <div><input type="checkbox"/> PA.</div> <div><input type="checkbox"/> NIT</div>			<div><input type="checkbox"/> Pública</div> <div><input type="checkbox"/> Privada</div>
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
<div><input type="checkbox"/> C.C.</div> <div><input type="checkbox"/> C.E.</div> <div><input type="checkbox"/> PA.</div>				<div><input type="checkbox"/> F</div> <div><input type="checkbox"/> M</div>	
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
<div><input type="checkbox"/> Vida</div> <div><input type="checkbox"/> Invalidez o pérdida por un accidente o enfermedad</div> <div><input type="checkbox"/> Enfermedades Graves %</div> <div><input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la capacidad laboral</div> <div><div><input type="checkbox"/> Muerte en un accidente</div><div><div>Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</div></div></div> <div><input type="checkbox"/> Auxilio por maternidad o Paternidad</div> <div><input type="checkbox"/> Bono funerario</div> <div><input type="checkbox"/> Auxilio de Repatriación</div> <div><input type="checkbox"/> Bono para educación</div> <div><input type="checkbox"/> Bono para adecuaciones del hogar</div> <div><input type="checkbox"/> Bono canasta</div>	

Valor Asegurado \$

Valor Asegurado \$

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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Identificación		Identificación	
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.					<div><input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE</div>				
2.					<div><input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE</div>				
3.					<div><input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE</div>				
4.					<div><input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE</div>				

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)			
<div><input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares</div> <div><input type="checkbox"/> Infarto al corazón</div> <div><input type="checkbox"/> Arritmias</div> <div><input type="checkbox"/> Hipertensión arterial</div> <div><input type="checkbox"/> Colesterol</div> <div><input type="checkbox"/> Tríglicéridos altos</div> <div><input type="checkbox"/> Lupus</div> <div><input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral</div> <div><input type="checkbox"/> Epilepsia</div>	<div><input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)</div> <div><input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica</div> <div><input type="checkbox"/> Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)</div> <div><input type="checkbox"/> Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)</div> <div><input type="checkbox"/> Cirrosis</div> <div><input type="checkbox"/> Derrames</div> <div><input type="checkbox"/> Leucemia</div> <div><input type="checkbox"/> Tumores malignos</div> <div><input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo</div>	<div><input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal</div> <div><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</div> <div><input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea</div> <div><input type="checkbox"/> Diabetes</div> <div><input type="checkbox"/> Pancreatitis</div> <div><input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos</div> <div><input type="checkbox"/> Hepatitis B, C o D</div> <div><input type="checkbox"/> Retardo mental</div> <div><input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa</div>	<div><input type="checkbox"/> Hipertiroidismo</div> <div><input type="checkbox"/> Parálisis diferente a facial</div> <div><input type="checkbox"/> Deformidades corporales</div> <div><input type="checkbox"/> Ceguera total o parcial</div> <div><input type="checkbox"/> Sordera total o parcial</div> <div><input type="checkbox"/> Hernia de columna</div> <div><input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica</div>
¿Le han indicado o ha recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Recibe o le han indicado tratamiento por alcoholismo o drogadicción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Consuma drogas estimulantes o adictivas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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: 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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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).	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso positivo indique el número de asegurado:	
5. ¿Ha sido vacunado contra la COVID-19 y tiene el esquema completo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.segurossura.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, modificar y suprimir mi información.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL
<div>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.</div> <div></div> <div>Firma del asegurado principal</div> <div>Número de Identificación</div> <div>Huella Índice Derecho asegurado principal</div>