

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



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

Ofc. Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
-----------------	------------	--------------------------	-----------------------	------------------

Plan Vida Integral Contributivo
 Plan Vida Integral No Contributivo
 Plan Vida Clásico Contributivo
 Plan Vida Clásico No Contributivo
 Plan Vida Deudores
 Plan Vida Familiar

Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

Porcentaje de crecimiento SI NO %
 Forma de pago prima Mensual Trimestral Semestral Anual
 Sistema de ajuste Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

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

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación | Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación
 (Primero Nombres, luego Apellidos) (Primero Nombres, luego Apellidos)

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos) | Código Gestor

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación C.C. C.E. PA. NIT
 Número de Identificación
 Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)
 Tipo de Institución Pública Privada

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

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

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

Peso (Kg)
 Estatura (en cms)
 Ciudad
 Departamento
 Teléfono (Sin indicativo)
 Celular

Dirección Correspondencia
 Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal).

(** El asegurado principal y su grupo asegurado deben tener los mismos amparos).

Valor Solicitado Amparo de Vida	Amparos Vida Grupo Coberturas	Amparos Adicionales Coberturas
Asegurado Principal \$ _____ Cónyuge \$ _____ Hijos \$ _____ Hermanos \$ _____ Otros \$ _____ Parentesco de otros con el Asegurado Principal _____	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Muerte Accidental Valor Asegurado \$ _____ Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves % _____ <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono Canasta (pago único) \$ _____ <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida, máximo \$250.000.000)	Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Muerte Accidental Valor asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Renta <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización Valor asegurado \$ _____ Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta EPS _____ Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

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

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

Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado:

- Enfermedades cardiovasculares Infarto del miocardio Arritmias Hipertensión arterial Colesterol (Tratado con medicamentos) Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)
 Derrames Isquemia o trombosis cerebral Epilepsia Enfisema (EPOC) Bronquitis Crónica Cáncer Leucemia Lupus Tumores malignos SIDA o VIH positivo
 Insuficiencia Renal Esclerosis múltiple Artritis reumatoidea Diabetes Pancreatitis Hepatitis B o C Cirrosis Retardo mental Transtornos psiquiátricos
 Colitis Hipertiroidismo Parálisis Deformidades corporales Ceguera Sordera total o parcial Hemia de columna Pérdida funcional o anatómica
 Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo Drogadicción

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: SI NO

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

2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado(s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra(n) en algún tratamiento o estudio médico o sabe(n) si será(n) hospitalizado(s) o intervenido(s) quirúrgicamente? SI NO
 En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

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

3. ¿A alguno de sus hermanos(as), padre o madre Les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama? SI NO
 En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstica	No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstica
1.				2.			

4. Alguno de los solicitantes practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente actividades tales como:

- Piloto de aeronaves Vuelo en cometa Paracaidismo Boxeo Montañismo Vuelo en ultralivianos Planeadores Cometas y/o similares
 Toreo Automovilismo Motociclismo Bungee Jumping Puenting Rafting Downhill Buceo
 Otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos SI NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

Número de identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia	Número de identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia
1.			3.		
2.			4.		

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo. Declaro(amos) que gozamos de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzamos actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mí(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., copia de mi(nuestra) historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me (nos) encuentre (encontremos) afiliado(s).

Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL 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.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) _____

Número Solicitud _____

Firma del Afiliado o Tomador
 Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho
 Afiliado o Tomador

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: Familia Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

F-02-83-265 **apotema**

- ASEGURADO -

www.suramericana.com