

# SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



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

Ofic. Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
<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 <input type="checkbox"/> Plan Vida Deudores <input type="checkbox"/> Plan Vida Familiar				
<input type="checkbox"/> Póliza Nueva <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Renovación				

Porcentaje de crecimiento	Forma de pago prima	Sistema de ajuste
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) <input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

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

Asesor que participa en el seguro. Indique los datos del líder: Razon Social o Nombre del Asesor	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razon 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	Número de identificación	Razon Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT			<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación	Número de identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA-MM-DD
<input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.	51.930-3N	Lyz Araly Cobos Sarmiento	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	1968-12-11
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (sin indicativo)
80	1.65	Bogotá	elmarca	9248162
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico		
calle 20 sur # 510-02 eqso 25		lyzaralycobos@gmail.com		

## 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 \$ 200.000.000	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Muerte Accidental <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Bono Cenasta (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
Cónyuge \$	Valor Asegurado \$	
Hijos \$	Valor Asegurado \$	
Hermanos \$		
Otros \$		
Parentesco de otros con el Asegurado Principal		

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
ee	1.030.543.10	Hong Fernando Cobos Sarm	20	hijo.					
ce	19.160.651	Heladio Buez Cendal	80	Esposo					

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

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

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

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
- ☐ Tiro ☐ 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(amos) 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 ejerzo(amos) 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(dos).

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 al 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 esta Solicitud de Seguro

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) 2020-07-15

Número Solicitud

Firma del Afiliado o Tomador

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Número de identificación

1930315

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I: Tarjeta de Identidad - C.C: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carné Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - P.A: Pasaporte - N.I: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre)

CP: Compañerola) Permanente - H: Hija - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciada.

F-02-83-265 aperturas

- ASEGURADO -

www.suramericana.com