SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO - ASEGURADO SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.





INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXC Ofc Radicación								Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin d	le Vigencia		o Solicitud	
Plan Vid	a Integral Contributivo	Plan Vid	da Integral No Contr	ributivo 🗌 Plan	Vida Clásico Co	ontributivo	Plan Vida Clási	co No Contributivo	Plan Vid	da Deudore	s		
Ingreso	Modificación	Porcentaje	e de crecimiento	SI NO	% F	orma de p	ago prima 🔲 Mei	nsual Trimes	ral 🗌	Semestr	al	Anual	
Continuida	d de vida Individual Sura	s SI	NO No. Póli	iza Vida Individual S	Sura:								
	ACIÓN DE INTERN participan en el seguro. Indique obres, luego Apellidos)							seguro. Indique Razón Soc os)	ial o Nombr	e del Asesor	Có	digo Asesor	% Participación
INFORM	ACIÓN GESTOR Ge	stores que part	ticipan en el seguro.	(Primero Nombres, lu	ego Apellidos)							Código	Gestor
INFORMACIÓN DEL TOMADOR Tipo de Identificación C.C. C.E. PA. NIT				ción Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Prin				rimero Nombres, luego	nero Nombres, luego Apellidos)			Tipo de Institución	
Dirección	Correspondencia	<u>'</u>	Ciuc	Ciudad / Departamento Correo Electrónico						Teléfono (sin indicativo)			
INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL Tipo de Identificación Número de Identifica C.C. C.E. PA. Peso (Kg) Estatura (en cms) Ciudad								ombres, luego Apellíd	Sexo F Celular	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD			
Dirección	Correspondencia					Correo Electrónico							
(** El as	IACIÓN DEL SEGU gurado principal y s olicitado Ampar	u grupo aseg	jurado deben tene	er los mismos ar os Vida Grupo		rado NO p	uede ser mayor a	Amparos Adici		rado Prin	cipal).		
Asegurado Principal \$				Invalidez por Accidente o Enfermedad				Accidentes Pe	Accidentes Personales Muerte Accidental \$ Valor asegurado \$				
Cónyuge \$				Indemnización Adicional por Muerte Accidental Valor Asegurado				Invalidez A	Invalidez Accidental Lesiones con armas SI NO				SI NO
Hijos \$				Lesiones con armas Si No \$ Enfermedades Graves %				Renta	Valor acogurado				
Hermano	\$	Bon	Bono para Gastos Funerarios Valor Asegurado				Hospitaliz	Renta Diaria por Hospitalización \$			urauo		
Otros \$				(pago único) \$ Bono Canasta (pago único) \$				Tipo de Renta	Tipo de Renta cerrada abierta				
Parentesco de otros con el Asegurado Principal				Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida, máximo \$250.000.000)					EPS Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) SI NO				
		V/A1 01		•		u% de vida	, maximo \$250.000.t	JUUJ Renta adiciona	por Unidad	d de Cuidado	os Intens	ivos (UCI) L	SI NU
		VALUI	R PRIMA (segúi	n forma de pago pa	стада) \$								
INFORM	ACIÓN DE OTROS	ASEGURAD	00S										
Tipo de Identificac	ón Número de Identifi	cación	Nombres y Apelli	idos (Primero No	mbres, luego	Apellidos)		Parentesco cor Empleado	el Fecha AAA	Nacimiento A MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.													
2. 3.													
4.													
	,												
	ACIÓN DE LOS BE asegurados deben d				. (*La suma	de los p	orcentajes debe	ser igual al 100%		recho a A	crecim	iento [SI NO
Identificación Tipo Número Nombre y Apellidos			S	% Parentesco T			icación Número	Nombre y Apell	Nombre y Apellidos		% Parent		Parentesco
												_	1

DECLARACIÓN DE ASEGU	JRABILIDAD (Usted o alguno de su	grupo asegurado)								
1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) ha	ın diagnosticado:										
Enfermedades cardiovascula	res 🗌 Infarto d	el miocardio 🔲 Arritmias	Hipertensión arte	erial 🗌 Col	esterol (Tratado con med	icamentos)	Triglicéridos altos (Tratados	con medicamentos			
Derrames Isquemia o tr	ombosis cerebral	Epilepsia Enfisen	na (EPOC) 🔲 Bronquit	tis Crónica	Cáncer Leucem	ia Lupus [Tumores malignos	SIDA o VIH positivo			
	clerosis múltiple	Artritis reumatoidea		ancreatitis	Hepatitis B o C	Cirrosis		tornos psiquiátricos			
Colitis ulcerativa Hipe	ertiroidismo 🔲	Parálisis Deformida	des corporales	Ceguera	Sordera total o par	cial Hern		ncional o anatómica			
Otra Enfermedad, ¿Cuál?		Consur	me Actualmente drogas e	estimulante:	Ha estado en trata	miento para:	Alcoholismo Drogadico	ción			
En caso que usted o alguno de los	asegurados hayar	n contestado positivamente a	a la pregunta anterior del	ben diligenc	iar la siguiente informació	in:	_ ,	SI NO			
No. de identificación del Asegura	do Nombre d	el Médico tratante	Nombre de la Institució	ón Médica	EPS	Enfermedad / E	specificar Padecimiento				
						-					
2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u ho	spitalizado(s) en el ί	último año por más de 60 días,	en la actualidad se encue	ntra(n) en alg	ún tratamiento o estudio m	édico o sabe(n) si s	erá(n) hospitalizado(s) o intervenio	do(s) quirúrgicamente			
En caso que usted o alguno de los	asegurados hayan	contestado positivamente a	la pregunta anterior del	ben diligenc	ar la siguiente informació	in:		SI NO			
No. de identificación del Asegura	do Nombre d	el Médico tratante	Nombre de la Institució	ón Médica	EPS	Enfermedad / E	specificar Padecimiento				
3. ¿A alguno de sus hermanos(as),							Cáncer de recto, Cáncer de mam	na? SI NO			
En caso que usted o alguno de los	asegurados hayan	r contestado positivamente a	la pregunta anterior del	ben diligenc	ar la siguiente informació	in:					
No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstico	No. de identificación del Asegu		ado Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstico			
1.				2.							
Observaciones											
CLÁUSULA DE GARANTÍA	•										
El seguro entrará en vigor cu	ando en virtud d	le la aprobación y evalua	ción de esta solicitud	l y de los d	ocumentos requeridos	SURAMERICA	NA acepte el riesgo.				
Declaro(amos) que gozo(amo				s) en este d	locumento solicitud de	e seguro de vid	a es cierta. Que mi(nuestra	a) ocupación está			
permitida por la ley y no ejerzo Acepto(amos) que esta decla				DAMEDICA	NA no acumo rocnono	abilidad algun	a cina madianta la avnadic	ión do la póliza o			
certificación expresa de cober		e integrante det contrato	de seguio y que soi	AMILITIOA	INA IIO asullie respons	sabilidad alguii	a sillo illedialite ta expedic	ion de la poliza o			
AUTORIZACIÓN PARA SOLICI		A CLÍNICA Y OTROS: YO (nosotros) autorizo(an	nos) expre	samente a SEGUROS D	E VIDA SURAME	RICANA S.A., a:				
-Solicitar copia íntegra de mi (r	nuestra) historia	clínica a los prestadores o	de servicios de salud. [Dicha infor	mación, deberá contene	er, el resultado l	os exámenes paraclínicos y				
así como cualquier informació SEGUROS DE VIDA SURAMERIO	n referida a los (datos que en ella se regi pos do suscribir el seguro	istren o lleguen a reg	gistrarse. octomocio:	Declaro (amos) así mi	smo, que dicha	información deberá ser util	izada por parte de			
- Compartir con Enlace Opera							con la única finalidad de qu	e ésta utilice dich			
información para apoyar las lab	ores operativas	del proceso de expedición	1.		.,		· .				
- Consultar y reportar a las cen los demás servicios que surjan	trales de riesgos	s o cualquier otra entidad a	autorizada, mi (nuestri declaro (amos) conoce	a) informac	ción confidencial, que re	esulte de las ope	eraciones que llevamos a cab	o con la póliza y d			
- Intercambiar información cor						ntre (encontram	os) afiliado (dos).				
TERMINACIÓN AUTOMÁTICA), EL NO PAGO DE			
LAS PRIMAS O DE SUS FRACO CERTIFICACIÓN Y ACEPTACI			A FECHA DE CADA VE	ENCIMIEN	TO PRODUCIRA LA TER	RMINACION DE	LCONTRATO.				
CERTIFICACION Y ACEPTACI	UN DEL TUMAD	UK									
0 1111 / 1											
Certifico(amos) que e coberturas y exclusi	l Asesor meln	os) explicó	1	Fecha de	e diligenciamiento	Formato (A	AAA/MM/DD)				
información contenida	a en la solicitu	d. Además 📗			-	·					
haber leído, entendio incorporados en ésta S	o y aceptado	los textos						וחחח			
incorporados en esta s	,oticitad de Seț	941.0				Núr	mero Solicitud 0000	,000			
Firma del Afiliado		Huell	la Índice Derecho								
Número de Identificación			_ Afiliado								