

SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE SALUD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



☐ Nueva ☐ Inclusión ☐ Rehabilitación ☐ Modificación ☐ Conversión

<input type="checkbox"/> Seguro de Salud	Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMDD	Número de Solicitud
--	-----------------------	------------	--	---------------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> IFE		Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	
Número de Hijos	Ciudad Correspondencia	Departamento Correspondencia	Teléfono (Sin indicativo)	Celular
Dirección Correspondencia		Correo electrónico	Tipo de Dirección <input type="checkbox"/> Residencia / Representante Legal	<input type="checkbox"/> Trabajo / Oficina Principal <input type="checkbox"/> Otra / Persona Contacto

¿Autoriza la Expedición Individual de cada solicitante a medida que sea aprobado? SI ☐ NO ☐

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

INFORMACIÓN DEL SEGURO DATOS DE SALUD Tipo de Producto	ANEXOS OPCIONALES DE SALUD Anexo de Visita Médica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Anexo de Urgencias por Enfermedad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Anexo Gasto Excequial Salud Clásico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Número de plan	

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES Forma de Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual
Requiere Financiación SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. ☐ SI ☐ NO

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> IFE.		Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos)	
Cuenta para débito o pago indemnizaciones	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	Corporación o Banco	Sucursal	Número de Cuenta
Tipo Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial		Fecha Vencimiento	Relación del Tomador y Cuentahabiente	Requiere Financiación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Plazo Meses	Valor a Financiar	Nombre Entidad Recaudadora SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.	Referencia No. Pagaré	Firma del Cuentahabiente

*Para la realización de los pagos de sus indemnizaciones, recuerde que usted debe ser único titular de la cuenta. Si su póliza es de vigencia semestral o anual, detalle fecha en que desea el cobro.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES

	Inclusión (I) Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)				Parentesco con Tomador	Fecha Nacimiento AAAAAMDD	
**1										
2										
3										
4										
5										
	Sexo	Estado Civil	Peso en Kg.	Kg. Ganados/ Perdidos Último año (+/-)	Estatura en Cms.	Empresa donde trabaja	Ocupación/Cargo/Oficio	Con labor manual	Nombre de la EPS a la que está afiliado	
**1								SI NO		
2								SI NO		
3								SI NO		
4								SI NO		
5								SI NO		
	Solicita antigüedad	Entidad de Medicina prepagada o compañía de Seguros de donde viene asegurado	Número de Póliza o contrato	Fecha de Antigüedad AAAA/MM/DD	Trae cobertura de congénito	Anexo Emergencia Médica	Nombre Entidad	Anexo Renta Diaria Global	Ingresos Mensuales por Renta de Trabajo	Valor solicitado Renta Diaria
**1	SI NO				SI NO	SI NO		SI NO		
2	SI NO				SI NO	SI NO		SI NO		
3	SI NO				SI NO	SI NO		SI NO		
4	SI NO				SI NO	SI NO		SI NO		
5	SI NO				SI NO	SI NO		SI NO		

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado: Valvulopatias, Enfermedad Coronaria, Aneurisma, Trasplantes, Reemplazos Articulares, Síndrome de Down, Infarto del Miocardio, Arritmias, Hipertensión Arterial, Colesterol (tratado con medicamentos), Triglicéridos Altos (tratado 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, Enfermedad de la Glándula Tiroides, Úlcera Péptica, Colitis, Hepatitis B o C, Cirrosis, Retardo Mental, Trastornos Psiquiátricos, Parálisis, Deformidades Corporales, Ceguera, Sordera Total o Parcial, Asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticada posterior a los 5 años de edad), Parkinson, Artrosis, Pérdida Anatómica Funcional, Enfermedades de la Sangre, consume(n) Drogas Estimulantes, ha(n) Estado en Tratamiento para Alcoholismo o Drogadicción? ☐ SI ☐ NO
2. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que hayan recibido o esténrecibiendo tratamiento médico, tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentran en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? ☐ SI ☐ NO
3. ¿Alguna de las solicitantes se encuentra en estado de embarazo?
¿En caso afirmativo ha tenido complicaciones tales como preclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, amenaza de aborto o sangrado? ☐ SI ☐ NO
4. En caso de ser mujer, ¿Se ha practicado citología? ☐ SI ☐ NO ¿El resultado de la última citología presentó alteraciones? ☐ SI ☐ NO
¿La citología fue practicada hace más de un año? ☐ SI ☐ NO

5. Alguno de los solicitantes tiene en su contrato de Medicina Prepagada o Póliza de Salud algún anexo de exclusión o extraprima? ☐ SI ☐ NO
- En caso de que alguna de las personas relacionadas en esta Solicitud de Seguro, conteste positivamente las preguntas de los numerales 1, 2 , 3, 4 y 5 debe diligenciar la siguiente información:

Número Solicitante	Enfermedad	Nombre del médico tratante	Institución Médica	Fecha Primera consulta	Fecha última consulta

6. ¿Alguno de sus hermanas(las), padre o madre les han diagnosticado alguno de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión, Infarto, Enfermedad Coronaria), Cáncer de Colón, Cáncer de Recto, Cáncer de Mama o Diabetes? ☐ SI ☐ NO

En caso de que alguna de las personas relacionadas en esta Solicitud de Seguro, conteste positivamente la pregunta 6 debe diligenciar la siguiente información:

Número Solicitante	Parentesco	Enfermedad	Edad del diagnóstico	Causa de la muerte	Edad al morir

Observaciones del Asesor

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaramos que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro (amos) en este documento Solicitud y declaración de Asegurabilidad seguros individuales de salud es cierta. Que mi (nuestra) ocupación esta permitida por la ley y no ejerzo (cemos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.
Acepto (amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., no asume resaponsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

Yo _____ identificado (a) con la cédula de ciudadanía número _____, autorizo expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., para que solicite copia integral de mi historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaro así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de salud y atender las reclamaciones que de este se deriven.
AUTORIZO VOLUNTARIAMENTE QUE INFORMACIÓN DE MIS PÓLIZAS Y/O INFORMACIÓN GENERAL DE SURAMERICANA QUE SEA ENVIADA POR ALGÚN MEDIO ELECTRÓNICO (MENSAJE DE TEXTO AL CELULAR REPORTADO COMO DE MI USO O PROPIEDAD, CORREO ELECTRÓNICO, ENTRE OTROS)

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.

Firma del Tomador

Huella Indice Derecho

Número de Identificación

Fecha Diligenciamiento AAAAMDD