

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 Exequial Salud Clásico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Número de plan	

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES

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 AAAAMDD			
**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		

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 - IFE Identificación Fiscal para Extranjeros - SEXO: F: Femenino - M: Masculino

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado: Valvulopatías, 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. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, responda: ¿Requirió tratamiento en UCI (unidad de cuidados intensivos) o UCE (unidad de cuidados especiales)? (En caso de NO haber tenido COVID responda NO). ☐ SI ☐ NO
En caso positivo indique el número de asegurado:
3. ¿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 estén recibiendo 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
4. ¿Alguna de las solicitantes se encuentra en estado de embarazo? ☐ SI ☐ NO
¿En caso afirmativo ha tenido complicaciones tales como preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, amenaza de aborto o sangrado? ☐ SI ☐ NO
5. 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
6. 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 anteriores, debe diligenciar la siguiente información:

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

7. ¿Alguno de sus hermanos(as), 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 responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) con la firma de este documento a SURAMERICANA S.A. en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior a obtener copia de historia clínica o datos clínicos, que es un dato sensible, para la vinculación, suscripción, evaluación y proceso de reclamación de la solución contratada, gestión de los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, aún después de fallecidos.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en www.segurossura.com.co, donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, la forma de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.

☐ SI ☐ NO

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 Índice Derecho

Número de Identificación

Fecha Diligenciamiento AAAA/MM/DD

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 - IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros - SEXO: F: Femenino - M: Masculino

INFORMACIÓN SOBRE MÉDICOS TRATANTES DE LOS SOLICITANTES - SEGUROS DE SALUD
** Relacionar en el mismo orden que lo hizo en el cuadro de Información de Asegurado Principal y Solicitantes.

No. Asegurado (**)	Tiene Médico de Cabecera		Nombres y Apellidos del Médico (Primero nombres, luego apellidos)	Especialidad	¿Quisiera que nuestra compañía le aconsejara un médico de cabecera?	
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO

INFORME CONFIDENCIAL DEL ASESOR (formulario para ser respondido ampliamente por el asesor, Ejecutivo y/o Gerente)

1. ¿Conoce personalmente al solicitante? SI ☐ NO ☐ ¿Cuánto tiempo hace que lo conoce? _____

2. ¿El seguro fue solicitado directamente por el cliente? SI ☐ NO ☐

DEPÓSITO PROVISIONAL

Autorizo a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. para descontar de mi nómina o de mis comisiones la suma que sea mayor entre los gastos de expedición y el valor del anticipo establecido en las políticas de SURAMERICANA, y esta solicitud se tramita sin depósito provisional del asegurado, no cubre la primera prima del periodo de gracia.

Firma Asesor

Código Asesor

Firma Funcionario Suramericana