

**SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD  
PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE SALUD**

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Inclusión	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Modificación	<input type="checkbox"/> Conversión									
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud					Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMMDD			Número de Solicitud			
<b>INFORMACIÓN DEL TOMADOR</b>													
Tipo de Identificación		Número de Identificación			Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)								
<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 Hijos	Ciudad Correspondencia		Departamento Correspondencia			Teléfono (Sin indicativo)		Celular					
Dirección Correspondencia		Correo electrónico			Tipo de Dirección		<input type="checkbox"/> Trabajo / Oficina Principal <input type="checkbox"/> Residencia / Representante Legal <input type="checkbox"/> Otra / Persona Contacto						
¿Autoriza la Expedición Individual de cada solicitante a medida que sea aprobado?					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
<b>INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN</b>					Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro			Código Asesor	% Participación		
Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)					Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)								
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>					<b>ANEXOS OPCIONALES DE SALUD</b>								
<b>DATOS DE SALUD</b>													
Tipo de Producto					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								
					Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual Requiere Financiación <b>SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
<b>COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES</b>													
Tipo de Identificación			Número de Identificación			Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos)							
<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.													
Cuenta para débito <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			Referencia No. Pagaré		Firma del Cuentahabiente					
SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.													
*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.													
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES</b>													
Incisión (I) Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación		Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)					Parentesco con Tomador		Fecha Nacimiento AAAAMMDD		
** 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									<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
2									<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
3									<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
4									<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
5									<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Solicita antiguedad		Entidad de Medicina prepagada o compañía de Seguros de donde viene asegurado			Número de Póliza o contrato	Fecha de Antiguedad 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
3	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
4	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
5	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 ASEURABILIDAD

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 Reumatoide, Diabetes, Pancreatitis, Enfermedad de la Glándula Tiroides, Ulcera 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, Perdida Anatómica Funcional, Enfermedades de la Sangre, consumo[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?

¿En caso afirmativo ha tenido complicaciones tales como preclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, amenaza de aborto o sangrado?

SI  NO

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 gozamos 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.

Accepto (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 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.segurosurra.com.co](http://www.segurosurra.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: 6044378888 desde Medellín, 6014378888 Bogotá y 6024378888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico [proteccióndedatos@suramericana.com.co](mailto:proteccióndedatos@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 Indice Derecho

Número de Identificación

Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD

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

F-02-90-168

- SURAMERICANA -

[www.suramericana.com](http://www.suramericana.com)

## 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

## 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