

SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE PERSONAS

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



☐ Nueva ☐ Inclusión ☐ Rehabilitación ☐ Modificación ☐ Unificación ☐ Conversión

<input type="checkbox"/> Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> Seguro Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves	Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMMDD	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)
Dirección Correspondencia			Tipo de Dirección <input type="checkbox"/> Residencia / Representante Legal		<input type="checkbox"/> Trabajo / Oficina Principal <input type="checkbox"/> Otra / Persona Contacto

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 VIDA

Plan-Nombre Producto

Aumento Mensual del Valor Asegurado Vida

☐ 0.0% ☐ 0.75%
☐ 0.5% ☐ 1.0% ☐ Otro

Ahorro % % Pesos % Dólares Núm. veces Prima Protección

Distribución

del Portafolio

Suma Fija Según Forma de Pago

% Incremento Anual

Si es Plan Vida Personal para el amparo básico diligencie la siguiente información:

Crecimiento Anual (Valor Asegurado Amparo Básico y Anexos)	Años de Vigencia del Seguro	Años de pago del Seguro	Opción Prima
<input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 5.0% <input type="checkbox"/> 1.0% <input type="checkbox"/> 6.0% <input type="checkbox"/> 2.0% <input type="checkbox"/> 7.0% <input type="checkbox"/> 3.0% <input type="checkbox"/> 8.0% <input type="checkbox"/> 4.0%	% de Devolución en caso de Supervivencia <input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 125%	% de Devolución en caso de Fallecimiento <input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 125%	<input type="checkbox"/> Prima Nivelada <input type="checkbox"/> Prima Creciente

Amparos Vida Individual

	Capital de Respaldo	% Índice Variable
Inicial (Póliza nueva)		
Alcanzado (Rehabilitación, Modificación)		
Anexo Cáncer		
Enfermedades Graves		
Auxilio Accidentes Personales Mayores		
Auxilio de Exequias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Amparos Accidentes Personales

	Capital de Respaldo	% Índice Variable
Muerte Accidental		
Invalidez por Accidente		
Invalidez por Enfermedad		
Gastos de Curación		
Renta Diaria por Accidente y Hospitalización		

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

** Capital de Respaldo
1
2
3
4
Valor Total Prima Anual

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiarios para el Seguro de Vida y Muerte Accidental (Relacionar Adicionales en el campo de Observaciones: Tipo de Identificación, Número de Identificación, Nombres y Apellidos (Primero Nombres, Luego Apellidos), Parentesco con Asegurado y Porcentaje)

Con Derecho a Acrecimiento

☐ SI ☐ NO

Forma de Pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES

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	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.

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

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES (El Seguro de Vida y sus Anexos de Enfermedades Graves, Accidentes Personales, Cáncer, Auxilio Exequias y Auxilio AP Mayores, Solo aplica al primer asegurado - Tomador

Inclusión (I) Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primeros Nombres, luego Apellidos)		Parentesco con Tomador para Enfermedades Graves	Fecha Nacimiento AAAA/MM/DD			
**1									
2									
3									
4									
	Sexo	Estado Civil	Peso en Kg.	Kg. Ganados/ Perdidos Último año (+/-)	Estatura en Cms.	Empresa donde trabaja	Ocupación/Cargo/Oficio	Con labor manual que implique riesgo de lesión, amputación y/o aplastamiento SI/NO	Ingresos Mensuales por Trabajo
**1									
2									
3									
4									

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrame, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar (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 (excepto hipotiroidismo), úlcera péptica, colitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades corporales, ceguera, sordera total o parcial, 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 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

3. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, requirió tratamiento en UCI (Unidad de cuidado intensivo) o UCE (Unidad de cuidado especial)? (En caso de NO haber tenido COVID responda NO). ☐ 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

En caso que alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro conteste positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1 y 2 debe diligenciar la siguiente información.

Número Solicitante	Nombre del Médico Tratante	Descripción respuesta positiva	Fecha Primera Consulta Año	Fecha Última Consulta Año

5. ¿Alguno de los solicitantes conduce moto, es piloto de aeronaves y/o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como: tere, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? ☐ SI ☐ NO

6. ¿Alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades cardiovasculares (Hipertensión, Infarto, Enfermedad Coronaria), Diabetes, Cáncer de Colon, Cáncer de Recto, Cáncer de Mama? ☐ SI ☐ NO

En caso que alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro conteste positivamente la pregunta 5 debe diligenciar la siguiente información.

Número Solicitante	Parentesco	Descripción respuesta positiva	Causa de la Muerte (Si Aplica)	Edad Diagnóstico Enfermedad y edad al morir (si aplica)

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que la información que suministro(amos) en este documento Solicitud y Declaración de Asegurabilidad para Seguros Individuales de Personas es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) actividades ilícitas o de alto riesgo. ☐ SI ☐ NO

Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa. ☐ SI ☐ NO

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

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, aun después de fallecidos.

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

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE 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

CONDICIONES DEL PRODUCTO: Conoce las coberturas y exclusiones del producto en la página web: <https://www.segurossura.com.co/paginas/vida/inicio.aspx>

<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Firma del Tomador	Huella Índice 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 - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre- Madre) - CO: Cónyuge - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo ESTADO CIVIL: Soltero C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Trabajo - O: Otra.

- SURAMERICANA -

INFORMACIÓN SOBRE MÉDICOS TRATANTES DE LOS SOLICITANTES - SEGUROS DE PERSONAS

**** 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
	SI	NO			SI	NO

INFORME CONFIDENCIAL DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (formulario para ser respondido completamente por el asesor, gerente o director)

Lugar de la visita o entrevista	Fecha AAAA MM DD	Hora HH : MM	Tipo de relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Referido	Dé detalle del tipo de relación
---------------------------------	------------------	--------------	--	---------------------------------

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

Concepto general sobre el cliente

<div></div> <div>Código asesor</div>	<div></div> <div>Nombre del asesor / Gerente / Director</div>	<div>Declaro que verifique la información contenida en el presente formato al igual que la información física entregada por EL CLIENTE.</div> <div>Firma del Asesor / Gerente / Director</div>	<div></div> <div>Ciudad</div>
--------------------------------------	---	--	-------------------------------

<div></div> <div>Firma Asesor</div>	<div></div> <div>Código Asesor</div>	<div></div> <div>Firma Funcionario Suramericana</div>
-------------------------------------	--------------------------------------	---

Observaciones del Asesor