

**SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGUROBILIDAD  
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		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)
Dirección Correspondencia		Tipo de Dirección	
		<input type="checkbox"/> Trabajo / Oficina Principal	
		<input type="checkbox"/> Residencia / Representante Legal	<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	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 Sobrevivencia <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	
Aumento Mensual del Valor Asegurado Vida <input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 0.75% <input type="checkbox"/> 0.5% <input type="checkbox"/> 1.0% <input type="checkbox"/> Otro _____		% 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 Creciente	
Ahorro % Distribución del Portafolio	% Pesos	% Dólares	N.º veces Prima Protección		
Suma Fija Según Forma de Pago	% Incremento Anual				

**SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES**

<b>Capital de Respaldo</b>			
**	1	2	3
			4
Valor Total Prima Anual			

Amparos Vida Individual	Amparos Accidentes Personales				
	Capital de Respaldo	% Índice Variable	Capital de Respaldo	% Índice Variable	
Inicial (Póliza nueva)		Muerte Accidental			
Alcanzado (Rehabilitación, Modificación)		Invalidez por Accidente			
Anexo Cáncer		Invalidez por Enfermedad			
Enfermedades Graves		Gastos de Curación			
Auxilio Accidentes Personales Mayores		Renta Diaria por Accidente y Hospitalización			
Auxilio de Exequias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

**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		<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual
Requiere Financiación SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES		Requiere Financiación SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
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		Fecha Vencimiento <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial		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.

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 ASEGUROBILIDAD

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 II Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)			Parentesco con Tomador para Enfermedades Graves	Fecha Nacimiento AAAAMMDD		
** 1									
2									
3									
4									
** 1	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
2									
3									
4									

### PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGUROBILIDAD

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, consumo(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: toro, 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

Declar(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(cemos) 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](http://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 "proteccióndedatos@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>

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 - 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.

## 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

### INFORME CONFIDENCIAL DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

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

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

Concepto general sobre el cliente

---

Declaro que verifique la información contenida en el presente formato al igual que la información física entregada por EL CLIENTE.

Código asesor

Nombre del asesor / Gerente / Director

Firma del Asesor / Gerente / Director

Ciudad

---

Firma Asesor

Código Asesor

Firma Funcionario Suramericana

Observaciones del Asesor

---