

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD	Número Solicitud
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------------	------------------

Plan Vida Integral
 Plan Clásico Contributivo
 Plan Clásico No Contributivo
 Plan Vida Deudores
 Plan Vida Familiar
 Accidentes Personales
 Plan Vida Docentes
 Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

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. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación
---	---------------	-----------------	---	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE	Número de Identificación	Razon Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución <input type="checkbox"/> Pública Nueva <input type="checkbox"/> Privada
--	--------------------------	---	--

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (AFILIADO)

¿El Afiliado está en calidad de Asegurado? SI NO

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
Peso (Kg)	Estatura (en Cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular
Dirección Correspondencia			Correo Electrónico		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El amparo Básico y los amparos Adicionales en Vida Grupo aplicarán de igual manera para el Asegurado Principal y su Grupo Asegurado)

Valor Solicitado Vida Grupo \$

Amparos Vida Grupo Coberturas <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Muerte Accidental Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves % _____ <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (valor anual) <input type="checkbox"/> Bono Canasta (valor anual) <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida)	Amparos Adicionales Coberturas Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización Valor Asegurado \$ _____ EPS Renta por UCI (mensual) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Accidentes Personales Colectiva Coberturas Valor Asegurado <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez por Enfermedad <input type="checkbox"/> Gastos de Curación <input type="checkbox"/> Renta Diaria Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No % Crecimiento Clasificación Ocupacional <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
--	---	---

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

VALOR PRIMA \$

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (Cms)

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (AFILIADO) (otros Asegurados deben diligenciar Formato Específico F-02-83-125)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombre y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	%	Parentesco
Valores Asegurados Con derecho a Acrecimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Σ			100 %	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (preguntas de la declaración de asegurabilidad - usted o alguno de su grupo asegurado)

- ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (que requiera tratamiento) derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA o HIV positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroidea, diabetes, pancreatitis, colitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, sufre(n) de alguna otra enfermedad(es) o consume(n) drogas estimulantes, ha(n) estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse labores propias de su ocupación? SI NO ¿Cuál?
- ¿Alguno de los solicitantes es piloto de aeronaves o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultraliviano, planeadores y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo u otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? SI NO
- ¿Alguno de sus hermanos(as), padre o madre sufre o ha sufrido alguno de los siguientes padecimientos: Enfermedades del corazón, hipertensión, enfermedad cerebro vascular, cáncer, enfermedades renales, hiperlipidemias, diabetes o cualquier enfermedad hereditaria? SI NO

En caso que usted o alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro (hermanos(as), padre o madre) deban contestar positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1., 2 y 3 debe diligenciar la siguiente información.

Nombre del Médico Tratante	Descripción respuesta positiva	Fecha Primera Consulta AAAA MM DD	Fecha Última Consulta AAAA MM DD	Parentesco

Observaciones

VIGILADO por el Departamento de Asesoría

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que hay sido consultada por mí(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., copia de mi(nuestra) historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria aun después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo. Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad que me (nos encuentre(encontremos) afiliado(dos) y para que con fines comerciales comparta y reciba información referente a mí(nosotros) con entidades vinculadas. Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL 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. CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

- A. Ninguna de las personas cuyos seguros se solicita está incapacitada o ausente del trabajo por enfermedad o accidente.
- B. La Póliza solamente podrá amparar a personas que pertenezcan al grupo que se ha definido en esta solicitud.
- C. Esta solicitud, lo mismo que los documentos individuales que SURAMERICANA requiera y acepte formarán parte del contrato.
- D. Beneficiarios: Los que designe el Asegurado o en su defecto los previstos en el artículo 1142 del Código del Comercio.
- E. El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación de esta solicitud y de los documentos requeridos, SURAMERICANA expida la póliza respectiva y el Tomador pague la prima.

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 Afiliado o Tomador

Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador