

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

| | | | | |
|----------------|------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Ofc Radicación | Póliza No. | Fecha Inicio de Vigencia | Fecha Fin de Vigencia | Número Solicitud 0000000 |
|----------------|------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|

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

Porcentaje de crecimiento **Forma de pago prima** **Sistema de ajuste**
 SI NO %
 Mensual Trimestral Semestral Anual
 Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder; Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación | Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación (Primero Nombres, luego Apellidos)

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos) | Código Gestor

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación Número de Identificación Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos) Tipo de Institución
 C.C. C.E. PA. NIT
 Pública Privada

Dirección Correspondencia Ciudad / Departamento Correo Electrónico Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación Número de Identificación Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos) Sexo Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
 C.C. C.E. PA.
 F M

Peso (Kg) Estatura (en cms) Ciudad Departamento Teléfono (Sin indicativo) Celular

Dirección Correspondencia Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO [*El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal].
[** El asegurado principal y su grupo asegurado deben tener los mismos amparos].

| | | |
|---|---|---|
| Valor Solicitado Amparo de Vida Asegurado Principal \$ _____ Cónyuge \$ _____ Hijos \$ _____ Hermanos \$ _____ Otros \$ _____ Parentesco de otros con el Asegurado Principal _____ | 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 Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves _____ % <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono Canasta (pago único) \$ _____ <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida, máximo \$250.000.000) | Amparos Adicionales Coberturas Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Muerte Accidental Valor asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Renta <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización Valor asegurado \$ _____ Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta EPS Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|---|---|---|

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$ _____

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

| 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) |
|------------------------|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|------|------------|----------------|
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL [*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%]
[**Otros asegurados deben diligenciar el formato específico F-02-B3-125]

Con derecho a Acrecimiento SI NO

| Identificación Tipo | Número | Nombre y Apellidos | % | Parentesco | Identificación Tipo | Número | Nombre y Apellidos | % | Parentesco |
|---------------------|--------|--------------------|---|------------|---------------------|--------|--------------------|---|------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado:

- Enfermedades cardiovasculares Infarto del miocardio Arritmias Hipertensión arterial Colesterol (Tratado con medicamentos) Triglicéridos altos (Tratados 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 Hepatitis B o C Cirrosis Retardo mental Transtornos psiquiátricos
 Colitis Hipertiroidismo Parálisis Deformidades corporales Ceguera Sordera total o parcial Hernia de columna Pérdida funcional o anatómica
 Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo Drogadicción

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: SI NO

| No. de identificación del Asegurado | Nombre del Médico tratante | Nombre de la Institución Médica | EPS | Enfermedad / Especificar Padecimiento |
|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----|---------------------------------------|
| | | | | |

2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado(s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra(n) en algún tratamiento o estudio médico o sabe(n) si será(n) hospitalizado(s) o intervenido(s) quirúrgicamente? SI NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: SI NO

| No. de identificación del Asegurado | Nombre del Médico tratante | Nombre de la Institución Médica | EPS | Enfermedad / Especificar Padecimiento |
|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----|---------------------------------------|
| | | | | |

3. ¿A alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama? SI NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

| No. de identificación del Asegurado | Parentesco | Enfermedad / Tipo de cáncer | Edad diagnóstica | No. de identificación del Asegurado | Parentesco | Enfermedad / Tipo de cáncer | Edad diagnóstica |
|-------------------------------------|------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|------------|-----------------------------|------------------|
| 1. | | | | 2. | | | |

4. Alguno de los solicitantes practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente actividades tales como:

- Piloto de aeronaves Vuelo en cometa Paracaidismo Boxeo Montañismo Vuelo en ultralivianos Planeadores Cometas y/o similares
 Tiro Automovilismo Motociclismo Bungee Jumping Puenting Rafting Downhill Buceo
 Otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos

SI NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

| Número de Identificación del Asegurado | Especificar Actividad | Frecuencia | Número de Identificación del Asegurado | Especificar Actividad | Frecuencia |
|--|-----------------------|------------|--|-----------------------|------------|
| 1. | | | 3. | | |
| 2. | | | 4. | | |

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo. 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: YO (nosotros) autorizo (amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a:

- Solicitar copia íntegra de mi (nuestra) historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaro (amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.
- Compartir con Enlace Operativo S.A., o el tercero que haga sus veces, mi (nuestra) información personal otorgada en virtud de este contrato con la única finalidad de que ésta utilice dicha información para apoyar las labores operativas del proceso de expedición.
- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi (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.
- Intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me (nos) encuentre (encontramos) afiliado (dos).

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

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

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

Número Solicitud

Firma del Afiliado o Tomador
Número de Identificación

Huella Índice Derecho
Afiliado o Tomador