

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)			
Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia
			Número Solicitud 000000

Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

Forma de pago prima <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Sistema de ajuste <input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) <input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)
--	--

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)			
Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor (Primeros Nombres, luego Apellidos)		Código Asesor	% Participación
Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primeros Nombres, luego Apellidos)		Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN DEL TOMADOR			
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primeros Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT			<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL DEUDOR			
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primeros Nombres, luego Apellidos)	Sexo
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.			<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			
Valor Crédito \$ _____	Amparos		VALOR PRIMA
Modalidad de Valor Asegurado:	<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % \$ _____	Valor Asegurado	(según forma de pago pactada)
<input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Valor inicial Crédito (Constante)			\$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES
 "El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS								Con derecho a Acrecimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le 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 SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?
 En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información: SI NO

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

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 gozamos de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación esta 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 si no 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 servicio de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado de 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 esta 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 entodas sus partes.
 - Intercambiar información con fines estadísticos entre las compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me(nos) encuentren(encontremos) afiliado(amos).

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 SUSFRACCIONES 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 esta solicitud de seguros

Firma del Afiliado o Tomador	Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador	Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)
Número de Identificación		

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 - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

CUESTIONARIO COVID-19

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

Contesta cada una de las preguntas y ampliar datos en caso necesario:

- 1 ¿Sufres de alguna enfermedad cardiovascular o de los pulmones, diabetes, hipertensión arterial o has tenido cáncer, leucemia, infarto, accidente cerebro vascular, enfermedad pulmonar crónica obstructiva, HIV, obesidad mórbida (IMC >40), enfisema, neumonía recurrente, asma que requiera inhaladores, estás inmunodeprimido o recibe tratamiento con inmunosupresores?

Sí No

Especificar: _____

- 2 ¿Has contraído el coronavirus o te encuentras en aislamiento por sospecha de contagio con el coronavirus o has experimentado en los últimos 14 días de manera repentina fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: tos, dificultades respiratorias, fatiga, debilidad/malestar, producción de esputo/expectoración (flemas), dolor de garganta, falta de apetito, dolores musculares?

Sí No

Especificar: _____

- 3 ¿Estás o has estado en contacto con personas contagiadas con el coronavirus?

Sí No

Especificar: _____

- 4 ¿Has viajado durante los últimos 14 días a países de alto riesgo afectados por coronavirus o tienes planificado algún viaje a países de riesgo elevado como por ejemplo China, Japón, Corea de Sur, Irán, Italia, España, EE.UU u otros para los cuales las autoridades de su país recomiendan no viajar?

Sí No

Especificar: _____

Por la presente declaro que he contestado completa y verídicamente a las preguntas arriba formuladas y que estoy de acuerdo con que este cuestionario, junto con la solicitud de fecha _____, forme parte integrante del contrato.

Certifico que el asesor(a) me explicó coberturas y condiciones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud.

Lugar y fecha:

Firma:

