



**SOLICITUD INDIVIDUAL DE POLIZA DE VIDA GRUPO AÑO 2020**



**CELULAR:**

**DISTRITO:**

**INGRESO**

**MODIFICACION**

TOMADOR: CORPENTUNIDA	NIT: 860.509.451-5	POLIZA No. 466208
INTERMEDIARIO/ CORREDOR	ANA LUCIA ECHEVERRI . CEL:3155927769	

Con el presente manifiesto mi deseo de ser incluido como asegurado en el plan de seguro, por lo cual suministro los siguientes datos:

**NOMBRE DEL PASTOR**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANIA
-----------------	------------------	---------------	----------------	----------------------

**NOMBRE DE QUIEN SE VA A ASEGURAR**

PASTOR

CONYUGE

HIJO (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANIA
-----------------	------------------	---------------	----------------	----------------------

FECHA DE NACIMIENTO AÑO / MES / DIA	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTATURA (cms):	PESO (kg):	PLAN ELEGIDO:
--	---------------------	-----------------	------------	---------------

ESTADO CIVIL: casado__ soltero__	SEXO: F__ M__	CORREO:	CIUDAD
----------------------------------	---------------	---------	--------

**BENEFICIARIOS DEL SEGURO**

Nota: La conyuge debera designar beneficiarios en formato adicional, para lo cual tendrá 30 días; transcurrido este tiempo el seguro se pagará a los beneficiarios de ley en caso de indemnización.

BENEFICIARIOS NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	% PORCENTAJE

BENEFICIARIOS CONTINGENTES	PARENTESCO	% PORCENTAJE

Con derecho a acrecimiento

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 105,000,000	\$ 85,000,000	\$ 75,000,000	\$ 55,000,000	\$ 25,000,000
INVALIDEZ, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	\$ 105,000,000	\$ 85,000,000	\$ 75,000,000	\$ 55,000,000	\$ 25,000,000
ENFERMEDADES GRAVES (Anti cipo 40%)	\$ 42,000,000	\$ 34,000,000	\$ 30,000,000	\$ 22,000,000	\$ 10,000,000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	\$ 105,000,000	\$ 85,000,000	\$ 75,000,000	\$ 55,000,000	\$ 25,000,000
<b>SEGURO DE VIDA GRUPO MENSUAL POR PASTOR</b>	<b>\$ 67,458</b>	<b>\$ 53,990</b>	<b>\$ 47,297</b>	<b>\$ 33,834</b>	<b>\$ 14,651</b>
<b>SEGURO DE VIDA GRUPO MENSUAL PASTOR + CONYUGE</b>	<b>\$ 134,917</b>	<b>\$ 107,981</b>	<b>\$ 94,595</b>	<b>\$ 67,668</b>	<b>\$ 29,302</b>

**DECLARACION DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO PRINCIPAL**

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: Enfermedades cardiovasculares, Infarto del corazon, Arritmias, Hipertension arterial, Colesterol (tratado con medicamentos), Triglicéridos altos (tratado con medicamentos), Lupus, Isquemia o trombosis cerebral, Epilepsia, Efisema (EPOC), Bronquitis crónica, Cáncer con metastasis (afecta otros organos), Cancer sin metastasis ( no afecta otros organos), Cirrosis, Derrames, Leucemia, Tumores malignos, SIDA o VIH positivo, Insuficiencia renal, Esclerosis múltiple, Artritis reumatoidea, Diabetes, Pancreatitis, Hepatitis B o C, Retardo mental, Transtornos psiquiátricos, Colitis ulcerativa, Hipertiroidismo, Parálisis diferente a facial, Deformidades corporales, Ceguera, Sordera total o parcial, Hernia de columna, Pérdida funcional o anatómica, Otra enfermedad ¿Cual?, Consume actualmente drogas estimulantes, Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadiccion en los ultimos cinco años? Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción?

SI\_\_ NO\_\_ Consume Marihuana hasta 3 veces por mes? SI\_\_ NO\_\_ Consume Marihuana mas de 3 veces al mes? SI\_\_ NO\_\_ Son consumidores de otro tipo de drogas estimulantes o adictivas? SI\_\_ NO\_\_ En caso que su respuesta sea positiva a las preguntas anteriores, deben diligenciar la siguiente informacion:

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 su respuesta sea positiva a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

No. De Identificación del asegurado	Nombre del médico tratante	Nombre de la institución médica	EPS	Enfermedad/Especificar

3. ¿A alguno de sus hermano(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cancer de recto, Cancer de mama?

SI\_\_ NO\_\_ En caso que su respuesta sea positiva a la pregunta anterior, deben diligenciar la siguiente informacion:

Tiene información relevante adicional para declarar?

No. De Identificación del asegurado	Nombre del médico tratante	Nombre de la institución médica	EPS	Enfermedad/Especificar

En adición a las anteriores respuesta ten en cuenta que con tu firma estas declarando que tu y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupacion esta permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos. **COBERTURA INMEDIATA:** Despues de analizar tu solicitud Sura te informara si te puede asegurar. Si Sura acepta hacerlo, tendras cobertura inmediata sin cobro de prima, desde la fecha de diligenciamiento de la solicitud, hasta la fecha de corte del seguro. Esta cobertura inmediata sin cobro de prima en ningun caso podra darse por un periodo superior a 30 días . **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con persona jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de provacidad visite [www.sura.com](http://www.sura.com).

FIRMA DEL SOLICITANTE

Número de Identificación

FIRMA DEL ASEGURADO

Fecha de Diligenciamiento

[aeconsultoresenseguros@gmail.com](mailto:aeconsultoresenseguros@gmail.com)

# 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:**

