

sura		SOLICITUD INDIVIDUAL DE POLIZA DE VIDA GRUPO AÑO 2020-2021			Corpентunida Corporación Grupal de Seguros de la BUC	
TOMADOR: CORPENTUNIDA	CELULAR: NIT: 860.509.451-5	DISTRITO:	INGRESO	MODIFICACION		
INTERMEDIARIO/ CORREDOR	ANA LUCIA ECHEVERRI . CEL:3155927769		POLIZA No. 466208			
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						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANIA		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTATURA (cms):	PESO (kg):	PLAN ELEGIDO:		
AÑO / MES / DIA						
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		
<input type="checkbox"/> Con derecho a acrecimiento						
PLANES						
COBERTURAS						
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5	
	\$ 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 (Anticipo 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	
SEGURO DE VIDA GRUPO MENSUAL PASTOR	\$ 87,619	\$ 69,924	\$ 60,394	\$ 43,343	\$ 18,814	
SEGURO DE VIDA GRUPO MENSUAL PASTOR + CONYUGE	\$ 175,239	\$ 139,849	\$ 120,789	\$ 86,687	\$ 37,629	
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, Epifema (EPOC), Bronquitis crónica, Cáncer con metastasis (afecta otros organos), Cáncer 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. 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. 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						
No. De Identificación del asegurado	Nombre del médico tratante	Nombre de la institución médica	EPS	Enfermedad/Especificar padecimiento		
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, Cáncer de recto, Cáncer de mama? SI NO Cual						
4. ¿Han estado incapacitados u hospitalizados en el último año por más de 60 días, se encuentran actualmente en algún tratamiento o estudio médico o saben si serán hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? SI NO						
En caso que su respuesta sea positiva a la pregunta anterior, deben diligenciar la siguiente informacion:						
No. De Identificación del asegurado	Nombre del médico tratante	Nombre de la institución médica	EPS	Enfermedad/Especificar padecimiento		
Tiene información relevante adicional para declarar?						
No. De Identificación del asegurado	Nombre del médico tratante	Nombre de la institución médica	EPS	Enfermedad/Especificar padecimiento		
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 ocupación 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.						
aeconsultoresensegueros@gmail.com						
FIRMA DEL SOLICITANTE	Número de Identificación	FIRMA DEL ASEGURADO	Fecha de Diligenciamiento			