



.....
SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE PERSONAS

Nueva Inclusión Rehabilitación Modificación Unificación Conversión

<input type="checkbox"/> Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> Seguro Accidentes Personales	Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMDD	Número de Solicitud
<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/> Surenta Ideal			

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de identificación: T.I. C.C. C.D. C.E. PA. NIT. IFE

Número de Hijos: _____ Ciudad Correspondencia: _____ Departamento Correspondencia: _____ Teléfono (Sin indicativo): _____

Dirección Correspondencia: _____ Tipo de Dirección: Trabajo / Oficina Principal Residencia / Representante Legal Otra / Persona Contacto

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 Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos) Código Asesor % Participación

INFORMACIÓN DEL SEGURO
DATOS DE VIDA

Si el Plan es Disfruta en Vida para el amparo básico diligencie la siguiente información

Plan-Nombre Producto	Crecimiento Anual (Valor Asegurado Amparo Básico y Anexos)	Años de Vigencia	% de Devolución	Período de Pago de Primas	Opción Prima
	<input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 4.0% <input type="checkbox"/> 6.0%	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 1 Año <input type="checkbox"/> 2 Años <input type="checkbox"/> 5 Años <input type="checkbox"/> 10 Años	<input type="checkbox"/> Prima Nivelada <input type="checkbox"/> Prima Creciente

Aumento Mensual del Valor Asegurado Vida	Amparos Vida Individual		Amparos Accidentes Personales	
<input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 0.75% <input type="checkbox"/> 1.0% <input type="checkbox"/> Otro _____	Valor Asegurado	% Índice Variable	Valor Asegurado	% Índice Variable
Ahorro % <input type="checkbox"/> Pesos <input type="checkbox"/> Dólares	Inicial (Póliza nueva)		Muerte Accidental	
Distribución del Portafolio	Alcanzado (Rehabilitación, Modificación)		Invalidez por Accidente	
Suma Fija Según Forma de Pago	Anexo Cáncer		Invalidez por Enfermedad	
% Incremento Anual	Enfermedades Graves		Gastos de Curación	
	Servicio Exequial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Renta Diaria	

DATOS DE SALUD
SALUD

AMPAROS SALUD

DATOS DE ENFERMEDADES GRAVES

Tipo de Producto	Emergencia Médica	Colizante (C) o Beneficiario (B) para Su Renta	Valor Solicitado Renta Diaria por Hospitalización o Su Renta Ideal	Valor Asegurado Básico Enfermedades Graves
Número de Plan	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		1
Entidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		2
Póliza / Contrato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		3
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		4
	Anexo de Visita Médica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Valor Total Prima Anual
	Anexo de Urgencias por Enfermedad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiarios para el Seguro de Vida y Muerte Accidental (Relacionar Adicionales en el campo de Observaciones: Tipo de Identificación, Número de Identificación, Nombres y Apellidos (Primero Nombres, Luego Apellidos), Parentesco con Asegurado y Porcentaje)

Con Derecho a Acrecimiento

SI NO

Forma de Pago Anual Semestral Trimestral Mensual

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES

Requiere Financiación SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. SI NO

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos)		
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> IFE				
Cuenta para débito o pago indemnizaciones <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	Corporación o Banco	Sucursal	Número de Cuenta	
Tipo Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial	Fecha Vencimiento	Relación del Tomador y Cuentahabiente	Requiere Financiación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Plazo Meses	Valor a Financiar	Nombre Entidad Recaudadora	Referencia No. Pagaré	Firma del Cuentahabiente
		SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.		

*Para la realización de los pagos de sus indemnizaciones, recuerde que usted debe ser único titular de la cuenta. Si su póliza es de vigencia semestral o anual, detalle fecha en que desea el cobro.
 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 - IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros - SEXO: F: Femenino - M: Masculino

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES (El Seguro de Vida y sus Anexos de Enfermedades Graves, Accidentes Personales, Cáncer, Exequial sólo aplican al primer asegurado - Tomador)

Inclusión (I) / Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)				Parentesco con Tomador para Salud Familiar y Enfermedades Graves	Fecha Nacimiento AAAAMDD	
**1									
2									
3									
4									
Sexo	Estado Civil	Peso en Kg.	Kg. Ganados/Perdidos Último Año (+/-)	Estatura en Cms.	Empresa donde trabaja	Ocupación/Cargo/Oficio	Con Labor Manual SI / NO	Nombre de la EPS a la que está Afiliado	Ingresos Mensuales por Trabajo
**1									
2									
3									
4									

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

- ¿Tiene(n), ha(n) tenido o (le)s han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), 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 tiroides (excepto hipotiroidismo), diabetes, pancreatitis, úlcera péptica, colitis ulcerativa, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, consume(n) drogas estimulantes, ha(n) estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción? SI NO
- ¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1 por las que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento o control médico o tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses? SI NO
- En caso de ser mujer ¿El resultado de la última citología fue anormal? SI NO ¿Fue practicada hace más de un año? SI NO

En caso que alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro conteste positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1, 2 y 3 debe diligenciar la siguiente información.

Número Solicitante	Nombre del Médico Tratante	Descripción respuesta positiva	Fecha Primera Consulta Año	Fecha Última Consulta Año

- ¿Alguno de los solicitantes conduce moto, es piloto de aeronaves y practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como tere, 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/lo 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 cerebrovascular, cáncer, enfermedades renales, hiperlipidemias, diabetes o cualquier enfermedad hereditaria? SI NO

En caso que alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro conteste positivamente la pregunta 5 debe diligenciar la siguiente información.

Número Solicitante	Parentesco	Descripción respuesta positiva	Causa de la Muerte (Si Aplica)	Edad Diagnóstico Enfermedad y edad al morir (si aplica)

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento Solicitud y Declaración de Asegurabilidad Seguros Individuales de Personas es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., 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 haya 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 aún 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). 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.

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 Tomador

Huella Índice Derecho

Número de Identificación

Fecha Diligenciamiento AAAAMDD

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 - IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre - Madre) - CO: Cónyuge - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo - ESTADO CIVIL: Soltero C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Trabajo - O: Otra.

INFORMACIÓN SOBRE MÉDICOS TRATANTES DE LOS SOLICITANTES -SEGUROS DE PERSONAS

**** Relacionar en el mismo orden que lo hizo en el cuadro de Información del Asegurado Principal y Solicitantes.**

No. Asegurado (**)	Tiene Médico de Cabecera		Nombres y Apellidos del Médico (Primero nombres, luego apellidos)	Especialidad	¿Quisiera que nuestra compañía le aconsejara un médico de cabecera?	
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO

INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (formulario para ser respondido completamente por el asesor, gerente o director)

Lugar de la visita o entrevista: _____ Fecha AAAA MM DD: _____ Hora HH : MM: _____ Tipo de relación con el solicitante: Familiar Personal Conocido Referido. Dé detalle del tipo de relación: _____

Concepto general sobre el cliente: _____

		Declaro que verifiqué la información contenida en el presente formato al igual que la información física entregada por EL CLIENTE.	
Código asesor	Nombre del asesor / Gerente / Director	Firma del Asesor / Gerente / Director	Ciudad

Autorizo a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. para descontar de mi nómina o de mis comisiones, la suma que sea mayor entre los gastos de expedición y el valor del anticipo establecido en las políticas de SURAMERICANA, si esta solicitud se tramita sin depósito provisional y si el asegurado no cubre la primera prima dentro del período de gracia.

Firma Asesor	Código Asesor	Firma Funcionario Suramericana

Observaciones