

# SOLICITUD PARA SEGURO COLECTIVO DE SALUD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Salud Sura     Salud Global     Su Renta Ideal     Nueva     Ingreso     Modificación     Renovación

Número de Formato / Solicitud	Número de Poliza	Oficina de Radicación	Código Asesor	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMDD
-------------------------------	------------------	-----------------------	---------------	--

**INFORMACIÓN DEL TOMADOR**

Tipo de Identificación:  C.C.    T.I.    C.E.    NIT.    P.A.    IFE

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): \_\_\_\_\_

Enviar correspondencia de producto a:  Residencia / Representante Legal     Trabajo / Oficina Principal     Otra / Persona Contacto

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Número de Cotización: \_\_\_\_\_ Inicio Vigencia A A A M M D D: \_\_\_\_\_ Porcentaje de Comisión: \_\_\_\_\_ Forma de Pago:  Mensual    Trimestral    Semestral    Anual

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO (Sólo si es Diferente al Tomador)**

Tipo de Identificación:  C.C.    T.I.    C.E.    NIT.    P.A.    IFE

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): \_\_\_\_\_

Sexo:  F    M   Estado Civil:  Soltero(a)    Casado(a)    Separado(a)    Unión Libre    Viudo(a)

Número de Hijos: \_\_\_\_\_ Ciudad Correspondencia: \_\_\_\_\_ Departamento Correspondencia: \_\_\_\_\_

Teléfono (Sin indicativo): \_\_\_\_\_ Dirección Correspondencia: \_\_\_\_\_ Tipo Dirección:  Residencia    Trabajo    Otra

Fecha de Ingreso a la Empresa AAAAMDD: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_ Urgencias por Enfermedad \*:  SI    NO   Consulta Externa \*:  SI    NO

\*Si se toman estos amparos opcionales, se entenderán para todo el grupo asegurado.

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES (Si el empleado desea asegurarse debe relacionarse en el cuadro que aparece a continuación)**

Tipo de identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con Afiliado	Fecha Nacimiento AAAAMDD
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

  

Sexo	Estado Civil	Peso en Kg.	Estatura en Cms.	Ocupación/Cargo/Oficio	Nombre de la EPS a la que está afiliado	Cotizante (C) o Beneficiario (B) para su Renta	Valor Asegurado Su Renta Ideal	Emergencia Médica (Emi)
1.						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. ADVIERTE QUE EL ASEGURADO DEBE CUMPLIR LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 14, NUMERAL 12 DEL DECRETO 1485 DE 1994.

Solicita Continuidad  SI    NO   Entidad / Póliza / Contrato. (SURAMERICANA sólo estudiará la continuidad a partir del momento en que se presente la certificación de la Compañía anterior)

## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Si alguno de los solicitantes ha tenido alguno de los siguientes síntomas y/o le han diagnosticado y/o padecido alguna enfermedad, subraye el padecimiento y el nombre del médico tratante y la fecha.

A. Enfermedad o insuficiencia del corazón, Presión arterial alta o baja, Trombosis arterial o venosa, Aneurismas, Várices, Arterioesclerosis.

Número de solicitante afectado:  Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha AAAAMDD: \_\_\_\_\_

B. Enfermedades de los pulmones, Enfisema, Neumonía, Asma, Tuberculosis, Tos crónica, Gripas frecuentes.

Número de solicitante afectado:  Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha AAAAMDD: \_\_\_\_\_

C. Enfermedades gastrointestinales, Reflujo gastroesofágico, Esófago, Gastritis, Úlcera péptica, Enfermedades del colon, Duodeno, Recto, Hemorroides, Hígado, Vesícula o Páncreas.

Número de solicitante afectado:  Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha AAAAMDD: \_\_\_\_\_

D. Enfermedades genitourinarias, de la vejiga, Riñones, Uréteres, Próstata, Testículos, Útero, Ovarios, Cálculos, Infecciones, Albúmina o Sangre en orina, Incontinencia urinaria, Quistes.

Número de solicitante afectado:  Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha AAAAMDD: \_\_\_\_\_

E. Diabetes, Enfermedades de la Tiroides, Cáncer, Linfoma, Leucemia, SIDA, Inmunodeficiencia o cualquier enfermedad de la sangre.

Número de solicitante afectado:  Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha 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  
 PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre - Madre) - CO: Cónyuge - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo - SEXO: F: Femenino - M: Masculino   ESTADO CIVIL: S: Soltero C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado  
 F-02-91-026

**RECUERDE FIRMAR AL RESPALDO**  
**- SURAMERICANA -**

VIGILADO por el Ministerio de Salud

F. Enfermedades neurológicas, Derrame cerebral, Esclerosis Múltiple, Convulsiones, Meningitis, Trauma craneano, Enfermedad o retardo mental.

Número de solicitante afectado	<input type="text"/>	Nombre del Médico Tratante	Fecha AAAAMDD
--------------------------------	----------------------	----------------------------	---------------

G. Enfermedades óseas, Musculares, Articulares, Artritis, Gota, Afecciones de la columna, Juanetes, Fracturas.

Número de solicitante afectado	<input type="text"/>	Nombre del Médico Tratante	Fecha AAAAMDD
--------------------------------	----------------------	----------------------------	---------------

H. Otitis o Amigdalitis frecuentes, Rinitis, Sinusitis, Enfermedades de los ojos, de la piel, de los senos.

Número de solicitante afectado	<input type="text"/>	Nombre del Médico Tratante	Fecha AAAAMDD
--------------------------------	----------------------	----------------------------	---------------

I. Cualquier otra enfermedad, síntoma o padecimiento diferente a los anteriormente definidos

Número de solicitante afectado	<input type="text"/>	Nombre del Médico Tratante	Fecha AAAAMDD
--------------------------------	----------------------	----------------------------	---------------

2. ¿Alguno de los Solicitantes practica como aficionado o profesional, ocasional o regularmente alguno de estos deportes: tореo automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, Paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo o otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos?. En  SI  NO

Quien	Deporte	Frecuencia
-------	---------	------------

3. Subraye si alguno de los solicitantes es fumador y/o consume bebidas embriagantes. Nombres, Cantidad, Frecuencia.  SI  NO

4. ¿Alguno de los solicitantes ha consumido o consume marihuana, cocaína u otra droga narcótica? Nombre  SI  NO

5. ¿Alguna de las solicitantes se encuentra en estado de embarazo? Nombre  SI  NO

6. ¿En el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o existe sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)?  SI  NO

7. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, responda: El diagnóstico fue hace menos de 30 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización), UCI o manejo al interior de alguna clínica o institución. (En caso de NO haber tenido COVID responda NO).  SI  NO

En caso positivo indique el número de asegurado:

8. ¿Ha sido vacunado contra la COVID-19 y tiene el esquema completo?  SI  NO En caso negativo indique el número de asegurado:

**Responda por cada mujer solicitante mayor de 18 años**

Fecha Última Citología AAAAMDD	Nombre Médico Tratante (Ginecólogo) (Primero Nombres luego Apellidos)	Fecha Última Citología AAAAMDD	Nombre Médico Tratante (Ginecólogo) (Primero Nombres luego Apellidos)
Explique Resultados Citología o Padecimiento		Explique Resultados Citología o Padecimiento	
Indique Centro Médico de Citología		Indique Centro Médico de Citología	

Observaciones:

**HISTORIA DEL GRUPO FAMILIAR**

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? en caso afirmativo favor diligenciar el siguiente espacio:  SI  NO

Parentesco	Con Cuál Asegurado? (Indique Nro. del Asegurado)	Enfermedad	Edad al Diagnóstico Enfermedad	Causa de la Muerte (Si Aplica)	Edad al Morir

**CLÁUSULA DE GARANTÍA:**

Como asegurado principal garantizo que las declaraciones sobre mi estado de salud y el de mi grupo familiar son exactas y verídicas, acepto que serán parte integrante del contrato de seguro, igualmente si existiera reticencia sobre los hechos o circunstancias que de ser conocidas por la Suramericana la hubieran retraído de celebrar el contrato, acepto la nulidad del contrato de seguro.

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:**

En cumplimiento de las previsiones de la ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Protección Social y demás normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que nos haya atendido a mí o a cualquiera de los integrantes del grupo asegurado o haya sido consultada por nosotros para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. copia de nuestra historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria 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 que con fines estadísticos de información entre las compañías aseguradoras, consulte o transfiera datos con cualquiera de ellas o con otra entidad a que me encuentre afiliado(s), que lo requiera en Colombia o en el exterior. Igualmente, autorizo(amos) para que consulte, informe y reporte a las centrales de riesgo que considere necesarias o con cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial que resulte de todas las operaciones que lleve(mos) a cabo con la póliza, bajo cualquier modalidad y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

La presente solicitud no constituye aceptación de riesgo por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. hasta tanto la Compañía se manifieste de manera expresa y en documento escrito.

La no veracidad de la información consignada en este formulario, o el no diligenciamiento del mismo en su totalidad, producirá la nulidad del contrato de seguro y por lo tanto la no indemnización en caso de siniestro.

Declaro que mi ocupación y la del resto de los solicitantes está permitida por la ley y que ni yo ni ninguno de los solicitantes nos dedicamos a actividades ilícitas ni a la indigencia.

Autorizo descuento de la prima del presente seguro por nómina.

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explico 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 Seguro.

Número de Identificación Afiliado

Firma del Afiliado

Fecha de Diligenciamiento Formato