

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 -

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: toreo 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(amos) 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