

Salud Clásico
 Salud Global
 Salud Evolucionada
 Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

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

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 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

Número de Hijos: _____ Ciudad Correspondencia: _____ Departamento Correspondencia: _____

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

Fecha de Ingreso a la Empresa AAAAMMDD: _____ 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 AAAAMMDD
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)

Alguno de los solicitantes tiene en su contrato de Medicina Prepagada o Póliza de Salud algún anexo de exclusión o extraprima? SI NO

Especifique _____

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 AAAAMMDD
--------------------------------	----------------------------	----------------

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

Número de solicitante afectado	Nombre del Médico Tratante	Fecha AAAAMMDD
--------------------------------	----------------------------	----------------

IC. 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 AAAAMMDD
--------------------------------	----------------------------	----------------

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 AAAAMMDD
--------------------------------	----------------------------	----------------

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 AAAAMMDD
--------------------------------	----------------------------	----------------

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

RECUERDE FIRMAR AL RESPALDO

- CLIENTE -

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

Número de solicitante afectado Nombre del Médico Tratante Fecha AAAAMMDD

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

Número de solicitante afectado Nombre del Médico Tratante Fecha AAAAMMDD

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

Número de solicitante afectado Nombre del Médico Tratante Fecha AAAAMMDD

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

Número de solicitante afectado Nombre del Médico Tratante Fecha AAAAMMDD

2. ¿Alguno de los Solicitantes practica como aficionado o profesional, ocasional o regularmente alguno de estos deportes: tereo 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? SI NO

En caso afirmativo detalle.

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

Fecha Última Citología AAAAMMDD	Nombre Médico Tratante (Ginecólogo) (Primero Nombres luego Apellidos)	Fecha Última Citología AAAAMMDD	Nombre Médico Tratante (Ginecólogo) (Primero Nombres luego Apellidos)

Explique Resultados Citología o Padecimiento

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 declaramos 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.

Firma del Afiliado

Número de identificación Afiliado

Fecha de Diligenciamiento Formato