

SOLICITUD PLAN EMPRESARIO SURA

VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Tomador: _____ Póliza No.: _____ Fecha de diligenciamiento de la solicitud: ☐ Ingreso ☐ Modificación

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos)

Código Gestor: _____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación: ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. Número de Identificación: 1040034949 Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos): Carlos Andres Lopez palacio Sexo: ☐ F ☒ M Fecha de Nacimiento: 2006 11 04
Peso (Kg): 65 Estatura (en cms): 1.72 Ciudad de Residencia: Ant. Departamento: Ant. Teléfono (Sin indicativo): 3133447268 Celular: 3133447268
Dirección Correspondencia: vereda Gayaquil Abejorral Correo Electrónico: carlosandreslopezpalacio333@gmail.com
Cuál es el medio de contacto preferido: ☐ Teléfono fijo ☒ Celular ☐ Mensaje de texto ☐ Dirección física ☐ Correo electrónico

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

(**Otros asegurados deben diligenciar el formato específico F-02-83-125) Con derecho a Acrecimiento: ☐ SI ☒ NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%
C.C.	15389373	Juan Carlos López Toro	50%
CC	43211605	Bibiana Andrea palacio p.	50%

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

* Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Correo Electrónico	Celular o Teléfono	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo
1.					CO PR HI HE		
2.					CO PR HI HE		
3.					CO PR HI HE		
4.					CO PR HI HE		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por cobertura de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por cobertura del Asegurado Principal).

ASEGURADO PRINCIPAL	VALORES ASEGURADOS				PRIMA
	1	2	3	4	
\$	\$	\$	\$	\$	☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Escriba al frente de cada enfermedad el número de asegurado que la padece)

1. Usted o alguien de su grupo familiar, sufre, ha sido tratado o está siendo tratado por alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Enfermedad del corazón | ☐ Parkinson | ☐ Diabetes | ☐ Pérdida o inutilización de una mano o de un pie |
| ☐ Enfermedad cerebro-vascular | ☐ Artritis reumatoidea | ☐ Cirrosis | ☐ Pérdida o inutilización de miembros inferiores o superiores. |
| ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC bronquitis crónica) | ☐ Sida | ☐ Hepatitis B, C o D | ☐ ¿Tiene alguna cirugía programada? |
| ☐ Aneurismas | ☐ Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos) | ☐ Síndrome de Down | ☐ ¿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)? |
| ☐ Insuficiencia renal | ☐ Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos) | ☐ Retardo mental | |
| ☐ VIH positivo | ☐ Lupus | ☐ Ceguera | |
| ☐ Epilepsia | ☐ Esclerosis Múltiple | ☐ Sordera | |
| ☐ Alzheimer | ☐ Trastornos psiquiátricos | | |
| | ☐ Trasplantes (en proceso o ya realizado) | | |

1. 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: _____

2. ¿Ha sido Vacunado contra la COVID-19 y tiene el esquema completo? ☐ SI ☐ NO En caso Negativo indique el número de asegurado: _____

OBSERVACIONES:

EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA A LAS ANTERIORES PREGUNTAS SEA POSITIVA PARA ALGUNO DE LOS SOLICITANTES, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - R.C.: Registro Civil - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria
PARENTESCO: CO: Cónyuge o Compañero Permanente - PR: Progenitor (Padre-Madre) - HI: Hijo - HE: Hermano - FA: Familiar - AM: Amigo - AF: Afiliado

F-02-83-313
Fecha a partir de la cual se utiliza:

- SURAMERICANA -

www.sura.com

COBERTURA INMEDIATA

Después de analizar tu solicitud Sura te informará si te puede asegurar. Si Sura acepta hacerlo, tendrás 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 ningún caso podrá darse por un periodo superior a 30 días.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con tu firma también estás autorizando a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de tus datos personales con la finalidad de vincularte como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Para el tratamiento de tus 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. Estás autorizando a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir tu información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas 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 tu 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. Autorizas a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de tu historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro.

Te en cuenta que las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tienes derecho a conocer, actualizar y rectificar tus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarte sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y solicitar la supresión de tus 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 tus datos personales, comunícale 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 privacidad visita www.sura.com.

Declaro que he sido informado de las coberturas, exclusiones y garantías del producto y también que se me ha hecho entrega de las condiciones del mismo y que podrán ser consultadas en la página web.

Firma del Asegurado

Número de Identificación

[Firma manuscrita]

1040-034-949



Huella Índice Derecho
Afiliado

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) _____