



Salud Clásico Salud Global Salud Evolucionaria Nueva Ingreso Modificación Renovación
Número de Formato / Solicitud Número de Póliza Oficina de Radicación Código Asesor Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMDD

INFORMACIÓN DEL TOMADOR
Tipo de Identificación Número de Identificación Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)
C.C. T.I. C.E. NIT. P.A. IFE
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 Número de Identificación Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)
C.C. T.I. C.E. NIT. P.A. IFE
Sexo Estado Civil Número de Hijos Ciudad Correspondencia Departamento Correspondencia
F M Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Unión Libre Viudo(a)
Teléfono (Sin indicativo) Dirección Correspondencia Tipo Dirección
Residencia Trabajo Otra
Fecha de Ingreso a la Empresa AAAAMDD Plan Urgencias por Enfermedad * Consulta Externa *
SI NO 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.
2.
3.
4.
5.
6.

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. ADIERTE 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, Gripe 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 - P.A.: 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. 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: 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 caso afirmativo detalle.

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

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		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:

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.

Firma del Afiliado

Número de identificación Afiliado

Fecha de Diligenciamiento Formato