



SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE SALUD

SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE SALUD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Nueva Inclusión Rehabilitación Modificación Conversión

<input type="checkbox"/> Seguro de Salud	Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMDD	Número de Solicitud
------------------------------------------	-----------------------	------------	----------------------------------------	---------------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación		Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)		
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> IFE					
Número de Hijos	Ciudad Correspondencia	Departamento Correspondencia	Teléfono (Sin indicativo)	Celular	
Dirección Correspondencia	Correo electrónico	Tipo de Dirección	<input type="checkbox"/> Trabajo / Oficina Principal <input type="checkbox"/> Residencia / Representante Legal <input type="checkbox"/> Otra / Persona Contacto		

¿Autoriza la Expedición Individual de cada solicitante a medida que sea aprobado? SI NO

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO

DATOS DE SALUD	ANEXOS OPCIONALES DE SALUD
Tipo de Producto	Anexo de Visita Médica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Número de plan	Anexo de Urgencias por Enfermedad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Anexo Gasto Excepcional Salud Clásico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Requiere Financiación SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. SI NO

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES

Tipo de Identificación		Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos)		
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> IFE.					
Cuenta para débito o pago indemnizaciones	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	Corporación o Banco	Sucursal	Número de Cuenta	
Tipo Tarjeta Crédito	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial	Fecha Vencimiento	Relación del Tomador y Cuentahabiente	Requiere Financiación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Plazo Meses	Valor a Financiar	Nombre Entidad Recaudadora	Referencia No. Pagaré	Firma del Cuentahabiente	
		SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.			

*Para la realización de los pagos de sus indemnizaciones, recuerde que usted debe ser único titular de la cuenta. Si su póliza es de vigencia semestral o anual, detalle fecha en que desea el cobro.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES

Inclusión (I) / Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)				Parentesco con Tomador	Fecha Nacimiento AAAAMDD	
** 1									
2									
3									
4									
5									
Sexo	Estado Civil	Peso en Kg.	Kg. Ganados/Perdidos Último año (+/-)	Estatura en Cms.	Empresa donde trabaja	Ocupación/Cargo/Oficio	Con labor manual	Nombre de la EPS a la que está afiliado	
** 1							SI NO		
2							SI NO		
3							SI NO		
4							SI NO		
5							SI NO		
Solicita antigüedad	Entidad de Medicina prepagada o compañía de Seguros de donde viene asegurado	Número de Póliza o contrato	Fecha de Antigüedad AAAA/MM/DD	Trae cobertura de congénito	Anexo Emergencia Médica	Nombre Entidad	Anexo Renta Diaria Global	Ingresos Mensuales por Renta de Trabajo	Valor solicitado Renta Diaria
** 1	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
2	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
3	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
4	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
5	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		

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 - SEXO: F: Femenino - M: Masculino

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado: Valvulopatias, Enfermedad Coronaria, Aneurisma, Trasplantes, Reemplazos Articulares, Síndrome de Down, Infarto del Miocardio, Arritmias, Hipertensión Arterial, Colesterol (tratado con medicamentos), Triglicéridos Altos (tratado con medicamentos), Derrames, Isquemia o Trombosis Cerebral, Epilepsia, Enfisema (EPOC), Bronquitis Crónica, Cáncer, Leucemia, Lupus, Tumores Malignos, SIDA o VIH Positivo, Insuficiencia Renal, Esclerosis Múltiple, Artritis Reumatoidea, Diabetes, Pancreatitis, Enfermedad de la Glándula Tiroides, Úlcera Péptica, Colitis, Hepatitis B o C, Cirrosis, Retardo Mental, Trastornos Psiquiátricos, Parálisis, Deformidades Corporales, Ceguera, Sordera Total o Parcial, Asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticada posterior a los 5 años de edad), Parkinson, Artrosis, Pérdida Anatómica Funcional, Enfermedades de la Sangre, consume(n) Drogas Estimulantes, ha(n) Estado en Tratamiento para Alcoholismo o Drogadicción? SI NO
2. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que hayan recibido o esténrecibiendo tratamiento médico, tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentran en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? SI NO
3. ¿Alguna de las solicitantes se encuentra en estado de embarazo?
¿En caso afirmativo ha tenido complicaciones tales como preclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, amenaza de aborto o sangrado? SI NO
4. En caso de ser mujer, ¿Se ha practicado citología? SI NO ¿El resultado de la última citología presentó alteraciones? SI NO
¿La citología fue practicada hace más de un año? SI NO
5. Alguno de los solicitantes tiene en su contrato de Medicina Prepagada o Póliza de Salud algún anexo de exclusión o extraprima? SI NO

En caso de que alguna de las personas relacionadas en esta Solicitud de Seguro, conteste positivamente las preguntas de los numerales 1, 2, 3, 4 y 5 debe diligenciar la siguiente información:

Número Solicitante	Enfermedad	Nombre del médico tratante	Institución Médica	Fecha Primera consulta	Fecha última consulta

6. ¿Alguno de sus hermanas(las), padre o madre les han diagnosticado alguno de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión, Infarto, Enfermedad Coronaria), Cáncer de Colón, Cáncer de Recto, Cáncer de Mama o Diabetes? SI NO

En caso de que alguna de las personas relacionadas en esta Solicitud de Seguro, conteste positivamente la pregunta 6 debe diligenciar la siguiente información:

Número Solicitante	Parentesco	Enfermedad	Edad del diagnóstico	Causa de la muerte	Edad al morir

Observaciones del Asesor

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaramos que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro (amos) en este documento Solicitud y declaración de Asegurabilidad seguros individuales de salud es cierta. Que mi (nuestra) ocupación esta permitida por la ley y no ejerzo (cemos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto (amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura

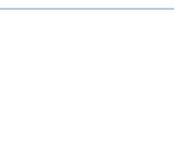
AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

Yo _____ identificado (a) con la cédula de ciudadanía número _____, autorizo expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., para que solicite copia integral de mi historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaro así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de salud y atender las reclamaciones que de este se deriven.

AUTORIZO VOLUNTARIAMENTE QUE INFORMACIÓN DE MIS PÓLIZAS Y/O INFORMACIÓN GENERAL DE SURAMERICANA QUE SEA ENVIADA POR ALGÚN MEDIO ELECTRÓNICO (MENSAJE DE TEXTO AL CELULAR REPORTADO COMO DE MI USO O PROPIEDAD, CORREO ELECTRÓNICO, ENTRE OTROS)

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro.

Firma del Tomador



Huella Índice Derecho



Número de Identificación



Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD

INFORMACIÓN SOBRE MÉDICOS TRATANTES DE LOS SOLICITANTES - SEGUROS DE SALUD**** Relacionar en el mismo orden que lo hizo en el cuadro de Información de Asegurado Principal y Solicitantes.**

No. Asegurado (**)	Tiene Médico de Cabecera		Nombres y Apellidos del Médico (Primero nombres, luego apellidos)	Especialidad	¿Quisiera que nuestra compañía le aconsejara un médico de cabecera?	
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO
	SI	NO			SI	NO

INFORME CONFIDENCIAL DEL ASESOR (formulario para ser respondido ampliamente por el asesor, Ejecutivo y/o Gerente)1. ¿Conoce personalmente al solicitante? SI NO ¿Cuánto tiempo hace que lo conoce? _____
2. ¿El seguro fue solicitado directamente por el cliente? SI NO **DEPÓSITO PROVISIONAL**

Autorizo a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. para descontar de mi nómina o de mis comisiones la suma que sea mayor entre los gastos de expedición y el valor del anticipo establecido en las políticas de SURAMERICANA, y esta solicitud se tramita sin depósito provisional del asegurado, no cubre la primera prima del periodo de gracia.

Firma Asesor

Código Asesor

Firma Funcionario Suramericana

.....
 Oficina principal: Carrera 64B N° 49A-30. Medellín - Colombia. Teléfono: (4) 250 2100.

www.suramericana.com

SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE SALUD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Nueva Inclusión Rehabilitación Modificación Conversión

<input type="checkbox"/> Seguro de Salud	Oficina de Radicación	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMDD	Número de Solicitud
------------------------------------------	-----------------------	------------	----------------------------------------	---------------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> IFE		Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)		
Número de Hijos	Ciudad Correspondencia	Departamento Correspondencia	Teléfono (Sin indicativo)	Celular	
Dirección Correspondencia	Correo electrónico	Tipo de Dirección <input type="checkbox"/> Residencia / Representante Legal	<input type="checkbox"/> Trabajo / Oficina Principal <input type="checkbox"/> Otra / Persona Contacto		

¿Autoriza la Expedición Individual de cada solicitante a medida que sea aprobado? SI NO

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO

DATOS DE SALUD

Tipo de Producto

Número de plan

ANEXOS OPCIONALES DE SALUD

Anexo de Visita Médica SI NO
 Anexo de Urgencias por Enfermedad SI NO
 Anexo Gasto Excepcional Salud Clásico SI NO

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Requiere Financiación SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. SI NO

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> IFE.		Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos)		
Cuenta para débito o pago indemnizaciones <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	Corporación o Banco	Sucursal	Número de Cuenta		
Tipo Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial	Fecha Vencimiento	Relación del Tomador y Cuentahabiente	Requiere Financiación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Plazo Meses	Valor a Financiar	Nombre Entidad Recaudadora SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.	Referencia No. Pagaré	Firma del Cuentahabiente	

*Para la realización de los pagos de sus indemnizaciones, recuerde que usted debe ser único titular de la cuenta. Si su póliza es de vigencia semestral o anual, detalle fecha en que desea el cobro.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES

Inclusión (I) / Exclusión (E)	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)				Parentesco con Tomador	Fecha Nacimiento AAAAMDD	
** 1									
2									
3									
4									
5									
Sexo	Estado Civil	Peso en Kg.	Kg. Ganados/Perdidos Último año (+/-)	Estatura en Cms.	Empresa donde trabaja	Ocupación/Cargo/Oficio	Con labor manual	Nombre de la EPS a la que está afiliado	
** 1							SI NO		
2							SI NO		
3							SI NO		
4							SI NO		
5							SI NO		
Solicita antigüedad	Entidad de Medicina prepagada o compañía de Seguros de donde viene asegurado	Número de Póliza o contrato	Fecha de Antigüedad AAAA/MM/DD	Trae cobertura de congénito	Anexo Emergencia Médica	Nombre Entidad	Anexo Renta Diaria Global	Ingresos Mensuales por Renta de Trabajo	Valor solicitado Renta Diaria
** 1	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
2	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
3	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
4	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		
5	SI NO			SI NO	SI NO		SI NO		

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 - SEXO: F: Femenino - M: Masculino

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado: Valvulopatias, Enfermedad Coronaria, Aneurisma, Trasplantes, Reemplazos Articulares, Síndrome de Down, Infarto del Miocardio, Arritmias, Hipertensión Arterial, Colesterol (tratado con medicamentos), Triglicéridos Altos (tratado con medicamentos), Derrames, Isquemia o Trombosis Cerebral, Epilepsia, Enfisema (EPOC), Bronquitis Crónica, Cáncer, Leucemia, Lupus, Tumores Malignos, SIDA o VIH Positivo, Insuficiencia Renal, Esclerosis Múltiple, Artritis Reumatoidea, Diabetes, Pancreatitis, Enfermedad de la Glándula Tiroides, Úlcera Péptica, Colitis, Hepatitis B o C, Cirrosis, Retardo Mental, Trastornos Psiquiátricos, Parálisis, Deformidades Corporales, Ceguera, Sordera Total o Parcial, Asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticada posterior a los 5 años de edad), Parkinson, Artrosis, Pérdida Anatómica Funcional, Enfermedades de la Sangre, consume(n) Drogas Estimulantes, ha(n) Estado en Tratamiento para Alcoholismo o Drogadicción? SI NO
2. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que hayan recibido o esténrecibiendo tratamiento médico, tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentran en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? SI NO
3. ¿Alguna de las solicitantes se encuentra en estado de embarazo?
¿En caso afirmativo ha tenido complicaciones tales como preclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, amenaza de aborto o sangrado? SI NO
4. En caso de ser mujer, ¿Se ha practicado citología? SI NO ¿El resultado de la última citología presentó alteraciones? SI NO
¿La citología fue practicada hace más de un año? SI NO
5. Alguno de los solicitantes tiene en su contrato de Medicina Prepagada o Póliza de Salud algún anexo de exclusión o extraprima? SI NO

En caso de que alguna de las personas relacionadas en esta Solicitud de Seguro, conteste positivamente las preguntas de los numerales 1, 2, 3, 4 y 5 debe diligenciar la siguiente información:

Número Solicitante	Enfermedad	Nombre del médico tratante	Institución Médica	Fecha Primera consulta	Fecha última consulta

6. ¿Alguno de sus hermanas(las), padre o madre les han diagnosticado alguno de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión, Infarto, Enfermedad Coronaria), Cáncer de Colón, Cáncer de Recto, Cáncer de Mama o Diabetes? SI NO

En caso de que alguna de las personas relacionadas en esta Solicitud de Seguro, conteste positivamente la pregunta 6 debe diligenciar la siguiente información:

Número Solicitante	Parentesco	Enfermedad	Edad del diagnóstico	Causa de la muerte	Edad al morir

Observaciones del Asesor

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaramos que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro (amos) en este documento Solicitud y declaración de Asegurabilidad seguros individuales de salud es cierta. Que mi (nuestra) ocupación esta permitida por la ley y no ejerzo (cemos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto (amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

Yo _____ identificado (a) con la cédula de ciudadanía número _____, autorizo expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., para que solicite copia integral de mi historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaro así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de salud y atender las reclamaciones que de este se deriven.

AUTORIZO VOLUNTARIAMENTE QUE INFORMACIÓN DE MIS PÓLIZAS Y/O INFORMACIÓN GENERAL DE SURAMERICANA QUE SEA ENVIADA POR ALGÚN MEDIO ELECTRÓNICO (MENSAJE DE TEXTO AL CELULAR REPORTADO COMO DE MI USO O PROPIEDAD, CORREO ELECTRÓNICO, ENTRE OTROS)

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro.

Firma del Tomador



Huella Índice Derecho



Número de Identificación



Fecha Diligenciamiento AAAAMDD