

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGURO DE VIDA SURAMERICANA S.A.



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

Poliza No:	Oferta Radicación	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Diligencia/Ente	Número Solicitud
		31/03/2025	31/03/2026	31/03/2025	
☒ Poliza nueva	☐ Ingreso	☐ Modificación	☐ Renovación		
☐ Plan Vida Integral Contributivo	☒ Plan Vida Integral No Contributivo				
Continuidad de Vida Individual Sura	☐ SI	☐ NO	No, Poliza Vida Individual Sura:		
Forma de pago prima	Sistema de ajuste				
☒ Mensual	☐ Trimestral	☐ Semestral	☐ Anual	☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)	☒ Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

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

Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	Participación	Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	Participación
DAV SEGUROS DE COLOMBIA LTDA	16919	100%			
INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro:					Código Gestor

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de identificación	Número de identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT	9005902825	TEKUS SAS	☐ Pública ☒ Privada
Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
CL 9 C SUR 50 F F 116 OF 207	MEDELLIN / ANTIOQUIA	info@tekus.co	3003042790

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de identificación	Número de identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de nacimiento AAAA/MM/DD
☒ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.	1020756958	ANDRES MAURICIO MEDINA CASAS	☐ F ☒ M	1990 11 01
Peso (kg)	Estatura (en cms)	Ciudad de residencia	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)
80	180	BOGOTA	CUNDINAMARCA	
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico	Celular	
CRA 10 # 180 - 07 APTO 102		andresmedina_10@hotmail.com	3027268091	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (ASEGURADO PRINCIPAL)

Coberturas Vida Grupo	Coberturas Adicionales	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)
☐ Vida	Accidentes Personales	Valor asegurado \$ 75.000.000
☐ Invalidez o pérdida por un accidente o enfermedad	☒ Muerte accidental adicional	Valor asegurado \$ 75.000.000
☐ Enfermedades Graves 50 %	☒ Invalidez accidental adicional	Lesiones con armas ☒ SI ☐ NO
☐ Pérdida parcial de la capacidad laboral	Renta	Valor asegurado \$ 80.000 DIA
☐ Muerte en un accidente	☐ Renta por incapacidad	
☒ Lesiones con armas ☒ SI ☐ NO	☒ Renta por hospitalización	
☐ Auxilio por maternidad o Paternidad	☒ Renta adicional por cuidados intensivos	
☐ Bono funerario	EPS	
☐ Auxilio de Repatriación		
☐ Bono para educación		
☐ Bono para adecuaciones del hogar		
☐ Bono canasta		

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	%	Correo Electrónico	Celular o Teléfono	Parentesco con el Empleado
TI	1033116419	ANNIE MEDINA RAMIREZ	100	andresmedina_10@hotmail.com	3212506483	CO PR HI HI	
						CO PR HI HI	
						CO PR HI HI	
						CO PR HI HI	

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

Tipo Ident.	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	Peso (kg)	Estatura (mts)
1.					CO PR HI HI				
2.					CO PR HI HI				
3.					CO PR HI HI				
4.					CO PR HI HI				

INFORMACIÓN DEL SEGURO (GRUPO FAMILIAR)

(*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).

ASEGURADOS GRUPO FAMILIAR	1	2	3	4
Valor asegurado cobertura de vida	\$	\$	\$	\$

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

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

(Escriba al frente de cada enfermedad el número de asegurado que la padece. El afiliado principal se marca con el 0).

☐ Enfermedades cardiovasculares	☐ Enfisema (EPOC)	☐ Insuficiencia Renal	☐ Hipertiroidismo
☐ Infarto al corazón	☐ Bronquitis Crónica	☐ Esclerosis múltiple	☐ Parálisis diferente a facial
☐ Arritmias	☐ Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)	☐ Artritis reumatoidea	☐ Deformidades corporales
☐ Hipertensión arterial	☐ Cáncer in Situ localizado (sin ningún grado de invasión)	☐ Diabetes	☐ Ceguera total o parcial
☐ Colesterol	☐ Cirrosis	☐ Pankreatitis	☐ Sordera total o parcial
☐ Triglicéridos altos	☐ Derrames	☐ Transtornos psiquiátricos	☐ Hernia de columna
☐ Lupus	☐ Leucemia	☐ Hepatitis B, C o D	☐ Pérdida funcional o anatómica
☐ Isquemia o trombosis cerebral	☐ Tumores malignos	☐ Retardo mental	
☐ Epilepsia	☐ SIDA o VIH positivo	☐ Colitis ulcerativa	

¿Le han indicado o ha recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años?

☐ SI ☒ NO

¿Recibe o le han indicado tratamiento por alcoholismo o drogadicción?

☐ SI ☒ NO

¿Consumes drogas estimulantes o adictivas?

☐ SI ☒ NO

2. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

No. de Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿Ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

☐ SI ☒ NO

No. de Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

4. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, requirió tratamiento en UCI (Unidad de cuidado intensivo) o UCE (Unidad de cuidado especial)?

☐ SI ☒ NO

En caso positivo indique el número de asegurado:

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

DECLARACIÓN DE OCUPACIÓN

¿Alguno de los asegurados ejercen actividades catalogadas por la ley como ilícitas o han cometido delitos?

☐ SI ☒ NO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DECLARE ANTERIORMENTE QUE SUFRE UN PADECIMIENTO O QUE EJERCE ACTIVIDADES ILÍCITAS, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y SE DEBERÁ ESPERAR LA NOTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL SEGURO.

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.

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) con la firma de este documento a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior a obtener copia de historia clínica o datos clínicos, que es un dato sensible, para la vinculación, suscripción, evaluación y proceso de reclamación de la solución contratada, gestión de los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, aun después de fallecidos.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en www.segurossura.com.co, donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, la forma de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604-37 8888 desde Medellín, 601-37 8888 Bogotá y 602-37 8888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.

☒ SI ☐ NO

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CONDICIONES DEL PRODUCTO: Conoce las coberturas y exclusiones del producto Plan Vida Integral en la página web <https://www.segurossura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.asp>

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Firma del asegurado principal
Número de identificación 1020756958

Huella índice Derecho asegurado principal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.J: Tarjeta de Identidad - C.C: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carne Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre)
CP: Compañía (a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.
F-14-11-0083-660
Fecha a partir de la cual se utiliza: 22/08/2024

- SURAMERICANA -

www.sura.com