

SOCIETÀ DI VITA SICAMERICA S.p.A.



INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)	
Nombre del asesor o razón social	Código Asesor % Participación
DAV SEGUROS DE COLOMBIA LTDA	16919 100%

INFORMACIÓN DEL TOMADOR			
Tipo de identificación		Número de identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT		9005902825	TEKUS SAS
		Tipo de institución	
		☐ Pública ☒ Privada	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL					
Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)		Sexo
☒ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A.		1000 534 267	CAROL ALEXANDRA CORDOBA LÓPEZ		☒ F ☐ M
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad de residencia	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular
67	1.70	Medellín	Antioquia		311 714 5721
Dirección Correspondencia			Correo Electrónico		
Cra 15 130 # 30-42			ccordobaalopez@gmail.com		

Coberturas Vida Grupo		Coberturas Adicionales	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)
Vida	Valor Asegurado \$ 75.000.000	Accidentes Personales ☒ Muerte accidental adicional \$ 75.000.000 ☒ Invalidez accidental adicional Lesiones con armas ☒ SI ☐ NO	\$
Invalidez o pérdida por un accidente o enfermedad			
Enfermedades Graves 50 %			
Pérdida parcial de la capacidad laboral			
Muerte en un accidente	Valor Asegurado 75.000.000	Renta ☐ Renta por incapacidad \$ ☒ Renta por hospitalización \$ 80.000 DIA ☒ Renta adicional por cuidados intensivos	
Lesiones con armas ☒ SI ☐ NO	\$		
Auxilio por maternidad o paternidad	\$ 750.000		
Bono funerario	\$ 8.000.000		
Auxilio de Repatriación	\$ 15.000.000		
Bono para educación	\$		
Bono para adecuaciones del hogar	\$ 3.000.000		
Bono canasta	\$ 3.000.000		
		EPS	

Identificación		Nombre y Apellidos	#	Correo Electrónico	Celular o Teléfono	Parentesco con Empleados
Tipo	Número					
CC	1020104010	Malcom Ari cordoba López	50	micorreo26@gmail.com	3226383510	CC PR HI
CC	54259500	Emira López Romaña	25	elopezromana2@gmail.com	3122396805	CC X HI
CC	11802570	Cesar Emilio cordoba serna	25	cecose72@yahoo.es	3108252240	CC X HI
						CC PR HI

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)									
Tipo de 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	Fecha Ingreso	Estado
1.					CO	PR	H	FE	
2.					CO	PR	H	FE	
3.					CO	PR	H	FE	
4.					CO	PR	H	FE	

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.

¿Puedes 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	☐ Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)	☐ Páncreatitis	☐ Sordera total o parcial
☐ Triglicéridos altos	☐ Cirrosis	☐ Trastornos psiquiátricos	☐ Hernia de columna
☐ Lupus	☐ Derrames	☐ Hepatitis B, C o D	☐ Pérdida funcional o anatómica
☐ Isquemia o trombosis cerebral	☐ Leucemia	☐ Retardo mental	
☐ Epilepsia	☐ Tumores malignos	☐ Colitis ulcerativa	
	☐ SIDA o VIH positivo		

¿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:

Número de Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

¿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 encuentre 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

Número 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 de NO haber tenido COVID responda 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: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondatos@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.aspx>

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

SEGURO DE VIDA

Carol Alejandra Cordoba López

Firma del asegurado principal

Número de identificación 1000 539 267



Huella Índice Derecho asegurado principal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carne Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - P.A.: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre+Madre) CP: Concesionario 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 14-11-0083-460

Fecha a partir de la cual se utiliza: 22/08/2024

- SURAMERICANA -

www.sura.com