

SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGUROS INDIVIDUALES DE PERSONAS

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Nueva Inclusión Rehabilitación Modificación Unificación Conversión

| | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|------------|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> Seguro Accidentes Personales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves | Oficina de Radicación 2425 | 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) | |
| Dirección Correspondencia | | | Tipo de Dirección <input type="checkbox"/> Residencia / Representante Legal | | <input type="checkbox"/> Trabajo / Oficina Principal <input type="checkbox"/> Otra / Persona Contacto | |

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN

| | | | | | | |
|---|--|--------------|-----------------|--|--------------|-----------------|
| Aseores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Aesór (Primero Nombres, luego Apellidos) | | Código Aesór | % Participación | Otro Aesór que participe en el seguro Razón Social o Nombre del Aesór (Primero Nombres, luego Apellidos) | Código Aesór | % Participación |
| Andrey Riveiro Galindo Aguilar | | 10863 | 100% | ----- | ----- | ----- |

INFORMACIÓN DEL SEGURO

DATOS DE VIDA

Plan-Nombre Producto

Aumento Mensual del Valor Asegurado Vida
 0.0% 0.75% 1.0% 1.5% Otro _____

Ahorro % % Pesos % Dólares Núm. veces Prima Protección

Distribución del Portafolio

Suma Fija Según Forma de Pago % Incremento Anual

Si es Plan Vida Personal para el amparo básico diligencie la siguiente información:

| | | | |
|---|---|--|--|
| Crecimiento Anual (Valor Asegurado Amparo Básico y Anexos) | Años de Vigencia del Seguro <input type="text"/> | Años de pago del Seguro <input type="text"/> | Opción Prima |
| <input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 1.0% <input type="checkbox"/> 2.0% <input type="checkbox"/> 3.0% <input type="checkbox"/> 4.0% <input type="checkbox"/> 5.0% <input type="checkbox"/> 6.0% <input type="checkbox"/> 7.0% <input type="checkbox"/> 8.0% | % de Devolución en caso de Supervivencia <input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 125% | | <input type="checkbox"/> Prima Nivelada |
| <input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 1.0% <input type="checkbox"/> 2.0% <input type="checkbox"/> 3.0% <input type="checkbox"/> 4.0% | % de Devolución en caso de Fallecimiento <input type="checkbox"/> 0.0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 125% | | <input type="checkbox"/> Prima Creciente |

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

** Capital de Respaldo

| | |
|---|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> |

Valor Total Prima Anual

Amparos Vida Individual

| | Capital de Respaldo | % Índice Variable |
|--|---|----------------------|
| Inicial (Póliza nueva) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Alcanzado (Rehabilitación, Modificación) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Anexo Cáncer | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enfermedades Graves | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Auxilio Accidentes Personales Mayores | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Auxilio de Exequias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

Amparos Accidentes Personales

| | Capital de Respaldo | % Índice Variable |
|--|----------------------|----------------------|
| Muerte Accidental | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Invalidez por Accidente | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Invalidez por Enfermedad | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gastos de Curación | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Renta Diaria por Accidente y Hospitalización | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiarios para el Seguro de Vida y Muerte Accidental (Relacionar Adicionales en el campo de Observaciones: Tipo de Identificación, Número de Identificación, Nombres y Apellidos (Primero Nombres, Luego Apellidos), Parentesco con Asegurado y Porcentaje)

Con Derecho a Acrecimiento

SI NO

Forma de Pago Anual Semestral Trimestral Mensual

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES

Requiere Financiación SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. SI NO

| | | | | | | |
|--|-------------------|----------------------------|---|--------------------------|---|--|
| 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 | 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.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Ext ranjería - PA.: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - IFE Identificación Fiscal para Extranjeros - SEXO: F: Femenino - M: Masculino

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES (El Seguro de Vida y sus Anexos de Enfermedades Graves, Accidentes Personales, Cáncer, Auxilio Exequias y Auxilio AP Mayores, Solo aplica al primer asegurado - Tomador

| Inclusión (I) Exclusión (E) | Tipo de Identificación | Número de Identificación | Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos) | | Parentesco con Tomador para Enfermedades Graves | Fecha Nacimiento AAAAAMDD | | |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|--|------------------|--|------------------------------|--|-----------------------------------|
| ** | 1 | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | |
| Sexo | Estado Civil | Peso en Kg. | Kg. Ganados/ Perdidos Último año (+/-) | Estatura en Cms. | Empresa donde trabaja | Ocupación/Cargo/Oficio | Con labor manual que implique riesgo de lesión, amputación y/o aplastamiento SI/NO | Ingresos Mensuales por Trabajo |
| ** | 1 | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | |

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: Valvulopatías, enfermedad coronaria, aneurisma, trasplantes, reemplazos articulares, síndrome de Down, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrame, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar (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 haya sido diagnosticado 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 estén recibiendo 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. 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

En caso que alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro conteste positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1 y 2 debe diligenciar la siguiente información.

| Número Solicitante | Nombre del Médico Tratante o Institución Médica | Descripción respuesta positiva | Fecha Primera Consulta Año | Fecha Última Consulta Año |
|--------------------|---|--------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4. ¿Alguno de los solicitantes conduce moto, es piloto de aeronaves y/o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como: tere, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? SI NO

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

En caso que alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro conteste positivamente la pregunta 5 debe diligenciar la siguiente información.

| Número Solicitante | Parentesco | Descripción respuesta positiva | Causa de la Muerte (Si Aplica) | Edad Diagnóstico Enfermedad y edad al morir (si aplica) |
|--------------------|------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que la información que suministro(amos) en este documento Solicitud y Declaración de Asegurabilidad para Seguros Individuales de Personas es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas o de alto riesgo.

Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que 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 (nosotros) autorizo (amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a:

- Solicitar copia íntegra de mi (nuestra) 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 (amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.

- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi(nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

- Intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me(nos) encuentre(encontremos) afiliado(s).

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

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 - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre- Madre) - CO: Cónyuge - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo ESTADO CIVIL: Soltero C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Trabajo - O: Otra.

- SURAMERICANA -