

CONTRATO FAMILIAR



FORMULARIO DIGITAL PLAN COMPLEMENTARIO EPS SURA EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

PARA EL PROCESO DE EXPEDICIÓN ENVIAR ESTE FORMULARIO ESCANEADO AL CORREO ELECTRÓNICO: operapacnacional@suramericana.com.co
PARA CONOCER DETALLES DEL DILIGENCIAMIENTO Y ENVÍO DE LA SOLICITUD VER INSTRUCTIVO SOLICITUD Y NOVEDADES DE AFILIACIÓN PLAN COMPLEMENTARIO

<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Inclusión	<input type="checkbox"/> Cambio de Plan	<input type="checkbox"/> Cambio Tomador
--------------------------------	------------------------------------	---	---

Tipo de Contrato <input type="checkbox"/> Familiar	Nro. de Contrato	Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD
Nombre de Sucursal Seguros o Regional EPS		Fecha Inicio Vigencia AAAAMMDD

I. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO		Número Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	
Dirección Correspondencia		Tipo de Dirección <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otra		Departamento Correspondencia
Teléfono (Sin Indicativo)		Número Celular	Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento AAAA MM DD		Ciudad de Nacimiento	Departamento de Nacimiento	

II. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL TOMADOR

Empleado/Asalariado Propietario/Socio Jubilado/Pensionado Inversionista/Rentista Independientes Estudiante Ama de casa

Otro ¿Cuál?

Descripción actividades económica	Profesión	Ocupación/Cargo
-----------------------------------	-----------	-----------------

¿Maneja recursos públicos? SI NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle:

¿Posee algún grado de poder público? SI NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle:

¿Es persona reconocida o influencia Pública política? SI NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle:

Es empleado de una empresa? SI NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle: Fecha de ingreso a la empresa formato AAAA|MM|DD _____
Nit de la empresa (Se debe ingresar el dígito de verificación) _____

REFERENCIA PERSONAL DEL TOMADOR (DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL TOMADOR SEA EL ÚNICO ASEGURADO EN EL CONTRATO, LA INFORMACIÓN SIRVE COMO UNA REFERENCIA PERSONAL O FAMILIAR DEL TOMADOR)

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.	Número de identificación	Nombres y apellidos (Primero nombres, luego apellidos)	Fecha de nacimiento AAAAMMDD	Parentesco	Sexo	Dependencia económica del tomador SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--	------------------------------	------------	------	--

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA DEL TOMADOR

¿En su actividad económica realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO

Si su respuesta es afirmativa, señale que tipo de transacciones realiza
 Exportaciones Prestamos en moneda extranjera Transferencias Importaciones Pago de Servicios
 Inversiones Otras ¿Cuáles?

POSEE CUENTAS CORRIENTES EN MONEDA EXTRANJERA SI NO Si su respuesta es afirmativa, detalle:

Número de Cuenta	Banco	Ciudad	País	Monto	Moneda

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TOMADOR

*Ingresos mensuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 1.2 millones	<input type="checkbox"/> 1.2 a 2.9 millones	<input type="checkbox"/> 3 a 5 millones	<input type="checkbox"/> Mas de 5 millones	Valores activos o posesiones
*Egresos mensuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 1.2 millones	<input type="checkbox"/> 1.2 a 2.9 millones	<input type="checkbox"/> 3 a 5 millones	<input type="checkbox"/> Mas de 5 millones	\$
*Otros ingresos no operacionales u originados En actividades diferentes a la principal	<input type="checkbox"/> Menos de 1.2 millones	<input type="checkbox"/> 1.2 a 2.9 millones	<input type="checkbox"/> 3 a 5 millones	<input type="checkbox"/> Mas de 5 millones	Valores pasivos o deudas \$

Detalle por qué concepto son estos ingresos no operacionales _____

III. INFORMACIÓN DEL PLAN

Nombre del Plan <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Preferencial			¿Autorizo que se expida el Plan Complementario aunque alguno de los beneficiarios sea excluido? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Autorizo que se envíe información del Plan Complementario a través de correo electrónico y mensaje de texto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--

FORMULARIO DIGITAL PLAN COMPLEMENTARIO EPS SURA EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

PERIODICIDAD Y MEDIO DE PAGO

Periodicidad de Pago	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semestral	Medio de Pago	<input type="checkbox"/> Débito Automático	<input type="checkbox"/> Efectivo
	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual		Nota: Si eligió medio de pago Débito Preautorizado, diligenciar los datos de cobro bancario	

IV. COBRO BANCARIO

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> OTRO	Número de Identificación del Cuentahabiente	Nombres y Apellidos Completos Cuentahabiente (Primero Nombres, Luego Apellidos)			
Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	Número de Cuenta o Tarjeta de Crédito		Corporación o Banco		
Tipo Tarjeta de Crédito (Si Aplica) <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial		Fecha Vencimiento Tarjeta Crédito AAAAMM	Relación del tomador y Cuentahabiente	Firma Cuentahabiente	

V. INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN

	Código Asesor	Correo Electrónico	Número Celular	% Participación	Código Gestor
1					
2					
3					
4					

VI. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos(Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con Cabeza de grupo del POS	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD	Cubre Congénitos	
1						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

S e x o	Estado Civil	Peso en Kg	Estatura en Cms	INFORMACIÓN DE ANTIGÜEDAD			**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD							
				Nro. Contrato	Fecha Inicio AAAA MM DD	Fecha Fin AAAA MM DD	Pregunta 1		Pregunta 2		Pregunta 3		Pregunta 4	
1							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

FORMULARIO DIGITAL PLAN COMPLEMENTARIO EPS SURA EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: Responda las siguientes preguntas para cada uno de los asegurados relacionados anteriormente

Pregunta 1 - Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades – Marque con una X la patología

Nro del Asegurado	Enfermedades Huerfanas							Enfermedades relacionadas							Trasplantes																
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7			
Enfermedades Huerfanas								Obesidad Mórbida								Enfermedades hematológicas								Trasplantes							
Isquemia o trombosis cerebral								Enfermedad pulmonar obstructiva crónica								Hepatitis B, C, Delta como enfermedad o portador								Parkinson							
Leucemia								Tuberculosis								Tumores malignos								Diabetes							
SIDA o VIH								Colitis Ulcerativa								Enfermedades Reumatológicas								Autismo							
Enfermedades Cardíacas								Retardo mental								Enfermedad cerebro-vascular								Cirrosis							
Enfermedades Congénitas								Apnea del sueño								Artritis reumatoidea								Lupus							
Esclerosis múltiple								Fibromialgia								Miastenia gravis								Hemofilia							
Insuficiencia renal aguda o crónica								Síndrome de Down								Reemplazos articulares								Melanoma							
Enfermedades psiquiátricas								Lesiones Medulares								Epilepsia								Aneurismas							
Cáncer								Enfermedad coronaria																							

Otra diferente a las relacionadas, cual?

Pregunta 2 - ¿Consumo o he consumido drogas estimulantes, alcohol en forma crónica u otro tipo de drogas?
¿Cual?

Pregunta 3 - ¿Tiene cirugías programadas o se encuentra hospitalizado?
Explique

Pregunta 4 - ¿Se encuentra en estado de embarazo? **Cuantos meses tiene**

DECLARACIÓN ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS Y AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRAL DE INFORMACIÓN

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CONCUERDA CON LA REALIDAD Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA MISMA, AFIRMO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y DECLARO QUE LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LA SIGUIENTE FUENTE: (DETALLE OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.)

DETALLE	
<p>Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias y para adelantar todos los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos mis productos y soluciones contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a SURAMERICANA S.A. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.</p>	<p>Autorizo voluntariamente que la información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA S.A me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 10px; text-align: center;"> <p>COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p> </div> <div style="border: 1px solid gray; width: 60px; height: 60px; margin-left: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> FIRMA DEL TOMADOR HUELLA INDICE DERECHO OBLIGATORIO </div>

VII. CLAUSULA DE GARANTÍA

Garantizo que las respuestas son verdaderas y acepto que serán parte integrante del contrato que se expida. Si existe reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por EPS SURA la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular otras condiciones, acepto la nulidad relativa del contrato. Autorizo a EPS SURA. Para solicitar en cualquier momento y de cualquier médico u otro profesional de salud y/o centro hospitalario o similar, y a estos para suministrar a EPS SURA, las historias clínicas y demás información sobre nuestra salud. Lo anterior para efectos de la ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380 de 1981. EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A, EPS SURA. Se reserva expresamente el derecho de comprobar en cualquier tiempo si lo contenido en la declaración de salud corresponde o no al verdadero estado de salud de los beneficiarios del presente contrato. Igualmente se reserva expresamente el derecho de dar por terminado en cualquier tiempo el presente contrato con respecto a alguno o a todos los beneficiarios al comprobar que ésta declaración no corresponde total o parcialmente al verdadero estado de salud de los beneficiarios. Es entendido por el solicitante y queda claramente establecido, que el recibo de cualquier valor por parte de EPS SURA con anterioridad a la celebración del contrato, o la aceptación del solicitante, no representa aceptación tácita de tales eventos, para los cuales se debe siempre mediar manifestación expresa y previa de la voluntad por parte de EPS SURA. En el caso de que sea aprobada la solicitud el valor abonado se tendrá como pago anticipado de la tarifa correspondiente al primer periodo de pago.

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Con el fin de dar cumplimiento previsto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998 y demás disposiciones que lo modifiquen, declaro bajo gravedad del juramento, que las personas relacionadas en la presente solicitud se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo en la entidad mencionada en el campo correspondiente. Por lo tanto, cualquier inexactitud, falsedad o reticencia que sea comprobada por EPS SURA en la verificación de esta información, le confiere pleno derecho para rechazar la presente solicitud, así como para dar por terminado el contrato que se leagare a celebrar. Igualmente indemnizaré los perjuicios que EPS SURA sufra como consecuencia o con ocasión de cualquier falsedad o inconsistencia en dicha información.

Autorizo de forma permanente e irrevocable a EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A, a consultar en cualquier momento el sistema de información del Plan Obligatorio de Salud para obtener la información que ella considere necesaria para el estudio de la solicitud de ingreso de los beneficiarios relacionados en el documento a cualquier Plan adicional de Salud de la Compañía.

Firma del Tomador

FORMULARIO DIGITAL PLAN COMPLEMENTARIO EPS SURA
 EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

VIII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA SER DILIGENCIADA POR PARTE DEL ASESOR

INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE				
Lugar de la visita o entrevista Bogotá	Fecha AAAAMMDD	Hora HH:MM	Tipo de relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Referido	De detalle del tipo de relación
Concepto general sobre el cliente				
10863 Código Asesor	Andrey Riveiro Galindo Aguilar Nombre del Asesor	<i>andreygalindo</i> Firma del Asesor	Bogotá Ciudad	

Observaciones y/o Sugerencias