

SOLICITUD SALUD PARA TODOS COLECTIVO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Nueva Ingreso

Número de Formato / Solicitud	Número de Póliza	Oficina de Radicación	Código Gestor	Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD
-------------------------------	------------------	-----------------------	---------------	--

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de identificación C.C. C.E. PPT NIT P.A. IFE

Número de identificación

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero nombres, luego apellidos)

Enviar correspondencia de Residencia /Representante Trabajo / Oficina Otra / Persona

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Número de cotización

Inicio vigencia AAAA | MM | DD

Fin vigencia AAAA | MM | DD

Forma de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de identificación C.C. C.E. PPT NIT P.A. IFE

Número de identificación

Sexo F M

Estado civil Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Unión libre Viudo(a)

Ciudad correspondencia

Departamento correspondencia

Teléfono (sin indicativo)

Dirección correspondencia

Tipo Dirección Residencia Trabajo Otra

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y SOLICITANTES (Si el empleado desea asegurarse debe relacionarse en el cuadro que aparece a continuación)

Tipo de Ident.	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego apellidos)	Parentesco con Afiliado	Fecha nacimiento AAAA MM DD
1.				AAAA MM DD
2.				AAAA MM DD
3.				AAAA MM DD
4.				AAAA MM DD

Sexo	Estado Civil	Nombre de la EPS a la que está afiliado
1. <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
2. <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
3. <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
4. <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. ADVIERTE QUE EL ASEGURADO DEBE CUMPLIR LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 14, NUMERAL 12 DEL DECRETO 1485 DE 1994.

CLÁUSULA DE GARANTÍA: Como asegurado principal acepto que si existiera reticencia sobre los hechos o circunstancias que de ser conocidas por la Suramericana la hubieran retraído de celebrar el contrato, acepto la nulidad del contrato de seguro.

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 protecciondedatos@suramericana.com.co.

SI NO

La presente solicitud no constituye aceptación de riesgo por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. hasta tanto la Compañía se manifieste de manera expresa y en documento escrito.

La no veracidad de la información consignada en este formulario, o el no diligenciamiento del mismo en su totalidad, producirá la nulidad del contrato de seguro.

DECLARACIÓN DE OCUPACIÓN

¿Alguno de los asegurados ejercen actividades catalogadas por la ley como ilícitas o han cometido delitos? SI NO

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

Número de Identificación Afiliado

Firma del Afiliado

Fecha de Diligenciamiento Formato

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de ciudadanía - CE: Cédula de extranjería - PPT: Permiso de Protección Temporal - NIT: Número de Identificación Tributaria - PA: Pasaporte - IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros - **PARENTESCO:** PR: Progenitor (Padre-Madre) - CO: Cónyuge - CP: Compañero(a) permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo - **SEXO:** F: Femenino - M: Masculino - **ESTADO CIVIL:** S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión libre - D: Divorciado.