

Ofc. Radicación 007	Póliza N° 464694	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha Diligenciamiento DD MM AAAA	Número Solicitud
-------------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------------------	------------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

NIT 800.117.821-6	Razón Social COOPEMSURA
-----------------------------	-----------------------------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.		Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
Peso (Kg)	Estatura (Cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular	
Dirección Correspondencia				Correo Electrónico		

Valor Solicitado Vida Grupo Plan A _____ Plan B _____ Plan C _____ Total Suma Asegurada \$ _____

Amparos Vida Grupo Coberturas ¿Está usted incapacitado total y permanentemente? SI NO

- Vida
- Incapacidad Total y Permanente

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Con derecho a Acrecimiento SI NO

Tipo Identificación	Número de Identificación	Nombre y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Preguntas de la Declaración de Asegurabilidad - Usted sufre o ha sufrido de: [marque cuales])

Cáncer	Insuficiencia Renal Crónica	Esclerosis Múltiple	Infarto del Miocardio	Accidente Cerebrovascular	Cirugía Arterio Coronaria	Transplantes de Órganos Vitales
<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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse en labores propias de su ocupación SI NO ¿Cuál? _____

EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA A LAS ANTERIORES DECLARACIONES SEA POSITIVA, PARA EL SOLICITANTE, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE SURAMERICANA POR CORRESPONDER A UNA PREEXISTENCIA.

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura. **AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:** En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que hay sido consultada por mi(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., copia de mi(nuestra) historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria aún después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad que me (nos encuentre(encontremos) afiliado(s) y para que con fines comerciales comparta y reciba información referente a mi(nosotros) con entidades vinculadas. Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, 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.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL 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. CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR:

- A. Ninguna de las personas cuyos seguros se solicita está incapacitada o ausente del trabajo por enfermedad o accidente.
- B. La Póliza solamente podrá amparar a personas que pertenezcan al grupo que se ha definido en esta solicitud.
- C. Esta solicitud, lo mismo que los documentos individuales que SURAMERICANA requiera y acepte formarán parte del contrato.
- D. Beneficiarios: Los que designe el Asegurado o en su defecto los previstos en el artículo 1142 del Código del Comercio.
- E. El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación de esta solicitud y de los documentos requeridos, SURAMERICANA expida la póliza respectiva y el Tomador pague la prima.

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 Afiliado o Tomador _____
Número de Identificación _____

Huella índice Derecho Afiliado o Tomador