

El bienestar de tus colaboradores contribuye **contribuye con la competitividad de tu empresa**



#### INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha de cotización 10 NOVIEMBRE 2025	Oficina de radicación 2603	Número de cotización	Documento de identificación 860514013-2
<b>Vigencia del seguro</b> Desde 24:00 horas del dd/mes/año Hasta 24:00 horas del dd/mes/año		<b>Vigencia del movimiento</b> Desde 24:00 horas del dd/mes/año Hasta 24:00 horas del dd/mes/año	
<b>Actividad</b> 6492 Actividades financieras de fondos de empleados y otras formas asociativas del sector solidario		<b>Día de facturación</b> Este campo aplica para las pólizas expedidas en GW	

#### ASESOR

Nombre LUXURY ASESORES EN SEGUROS LTDA	Código 53592
---	-----------------

#### TOMADORES

Nombre COOP DE TRABAJADORES DE NOTARIADO Y REGISTRO COOTRANOR	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 860514013-2	Segmento EMPRESARIAL
<b>Dirección de correspondencia</b>			

**Solución** Seguro Vida Grupo – Plan Vida Integral - CONTRIBUTIVA

**Asegurado** (Descripción del Grupo Asegurado)

**Beneficiario** (Descripción del Grupo Asegurado)

## Valor Asegurado, Prima Total y Tasa Única de acuerdo con el plan elegido

### PLAN 1

#### ASEGURADO PRINCIPAL (Personal Administrativo)

Coberturas		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Vida		\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000	\$ 80.000.000	\$ 100.000.000
Invalidez por enfermedad o accidente		\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000	\$ 80.000.000	\$ 100.000.000
Auxilio Funerario		\$ 1.000.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 8.000.000	\$ 10.000.000
Bono para adecuaciones del hogar		\$ 1.000.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 8.000.000	\$ 10.000.000
Bono canasta		\$ 1.000.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 8.000.000	\$ 10.000.000
Enfermedades graves	50% Con Cáncer In situ	\$ 5.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000	\$ 25.000.000	\$ 40.000.000	\$ 50.000.000
Muerte accidental adicional	Con Armas	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000	\$ 80.000.000	\$ 100.000.000
Renta por hospitalización	Con UCI	\$ 10.000	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 50.000	\$ 80.000	\$ 100.000

#### PRIMA POR ASEGURADO

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
Valor Asegurado en Vida	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000	\$ 80.000.000	\$ 100.000.000
Prima Total Anual Individual	\$ 37.594	\$ 75.188	\$ 112.782	\$ 187.970	\$ 300.752	\$ 375.940
Prima Total Mensual Individual	\$ 3.415	\$ 6.830	\$ 10.244	\$ 17.074	\$ 27.318	\$ 34.148
Prima Total Trimestral Individual	\$ 10.056	\$ 20.113	\$ 30.169	\$ 50.282	\$ 80.451	\$ 100.564
Prima Total Semestral Individual	\$ 19.549	\$ 39.098	\$ 58.647	\$ 97.744	\$ 156.391	\$ 195.489

- ✓ **Enfermedades Graves al 50% (Como Adicional)**

## Requisitos de asegurabilidad

RANGO	Voluntarias (Máximo hasta 600 mio de valor asegurado)	
	Hasta 55 años	Entre 56 y 69 años
Hasta \$ 500.000.000 M	1	1
\$ 500.000.001 a \$ 700.000.000 M	1	1,2,4
\$ 700.000.001 a \$ 1.700.000.000 M	N/A	N/A
Mayor a \$ 1.700.000.000 M	N/A	N/A

### Listado de requisitos de asegurabilidad

1. Declaración de asegurabilidad
2. Examen médico
3. Electrocardiograma
4. Exámenes de laboratorio (glicemia, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos)
5. Creatinina
6. VIH
7. Prueba de esfuerzo

### Vigencia de los requisitos de asegurabilidad

1. Examen médico, citoquímico de orina y químicasanguínea: 1 año (12 meses).
2. Electrocardiograma: 1 año (12 meses).
3. Declaración de asegurabilidad: seis (6) meses.

**Nota:** los exámenes descritos anteriormente están cubiertos por SURA. En caso de solicitarse exámenes adicionales para la evaluación médica de cada riesgo, deben ser asumidos por el asegurado.

## Edades de ingreso y permanencia

COBERTURA	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Vida – Muerte por cualquier causa		
Bono funerario		
Bono para educación	70 años + 364 días	80 años + 364 días
Auxilio por maternidad o paternidad		
Auxilio de repatriación		
Muerte accidental	69 años + 364 días	75 años + 364 días
Invalidez, pérdida o inutilización por accidente o enfermedad		
Invalidez accidental adicional		
Pérdida parcial de la capacidad laboral	69 años + 364 días	70 años + 364 días
Bono para adecuaciones del hogar		
Renta por incapacidad por accidente o enfermedad		
Renta por hospitalización	60 años + 364 días	65 años + 364 días
Renta adicional por hospitalización en cuidados intensivos		
Enfermedades graves	65 años + 364 días	70 años + 364 días
Gastos de curación		
Renta por incapacidad por accidente	65 años + 364 días	75 años + 364 días
invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad		
Bono canasta	70 años + 364 días	Por estar ligada a la cobertura de 'Vida – Muerte por cualquier causa' o 'Invalidez o pérdida por accidente o enfermedad', se le aplica la edad máxima de permanencia de cada una de las coberturas mencionadas.

## Condiciones particulares

### Cobertura patronal automática:

SURA dará cobertura automática a los asegurados nuevos desde la fecha de inicio del contrato con la empresa, siempre y cuando:

- SURA reciba la declaración de asegurabilidad dentro de los 30 días siguientes a la firma de dicho contrato.
- La suma asegurada no supere \$ 150.000.000.
- La edad de ingreso del asegurado no supere 55 años.
- Las respuestas a la declaración de asegurabilidad sean en su totalidad negativas.
- Modificaciones de valor asegurado: no se requiere diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad para incrementos hasta \$ 50.000.000, incrementos superiores a este valor, deben ser verificados para que no superen el 40 % del valor asegurado con un límite máximo de \$ 150.000.000, de lo contrario se deberá llenar la declaración de asegurabilidad.

### Errores, omisiones o inexactitudes:

En caso de que, por alguna inconsistencia en los sistemas o un error de digitación, un asegurado no aparezca en los listados de asegurados y tenga un siniestro, la aseguradora pagaría el siniestro, previa prueba de que el asegurado haya diligenciado satisfactoriamente la declaración de asegurabilidad y el valor asegurado se encuentre dentro de los límites de automaticidad autorizados por la aseguradora.

### Beneficiarios:

La designación de los beneficiarios es una POTESTAD LIBRE, EXCLUSIVA E INDELEGABLE DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS. Por lo anterior, cada uno de los asegurados deberá indicar el nombre de las personas con sus respectivos porcentajes, a quienes desea que se les entregue la indemnización y en el evento de no haber designación, los beneficiarios serán los estipulados por ley.

### Irreductibilidad:

ARTÍCULO 1160. IMPOSIBILIDAD DE REDUCCIÓN DEL VALOR DEL SEGURO. Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

## Condiciones generales

Indica cuál tipo de plan aplica para el cliente: Vida Deudores, Vida Docentes, Vida Clásico

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES			
Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Ramo al que pertenece	Identificación de la proforma
PLAN VIDA INTEGRAL	23/05/2025	VIDA GRUPO	F-14-11-0083-461

### Pago de las primas:

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición más reciente.

**Forma de pago:** Mensual, Trimestral, Semestral, Anual.

**Fecha(s) acordada(s) para el pago (según forma de pago)**

Frecuencia ajuste

- Diario
- Mensual
- Trimestral
- Semestral
- Anual

**Nota:** la forma de pago y la frecuencia de ajuste deben ser iguales.

### Medio de pago

- Pago express (PSE – Código de Barras)
- Recaudo en línea
- Débito automático al tomador
- Transferencia
- Financiación (Servicios Financieros)

**Acompañamiento de gestor BST:** Sí o No

**¿Tiene ARL SURA?:** Sí o No

**¿Tiene recargo por fraccionamiento?:** Sí o No

## Programas de Acompañamiento y Gestión de Riesgos

- **Programa de bienestar SURA:** accede sin costo a Longevo, la plataforma de bienestar con planes personalizados de entrenamiento y nutrición, coach de bienestar, meditaciones guiadas y mucho más para transformar tus hábitos.

### Gestor Médico:



Los asegurados principales que puedan tener incertidumbre respecto a su estado de salud a raíz de una enfermedad grave o invalidez, recibirán un acompañamiento telefónico de un profesional de la salud quien les brindará orientación en temas médicos y apoyo emocional, con el fin de prevenir la progresión de síntomas o complicaciones. SURA realiza la activación de este programa según las condiciones y pertinencia médica. El asesor podrá comentar el caso de su cliente a través de los correos [amcalderon@sura.com.co](mailto:amcalderon@sura.com.co), [vserna@sura.com.co](mailto:vserna@sura.com.co) o [jessicacano@sura.com.co](mailto:jessicacano@sura.com.co). Este equipo revisará las condiciones o criterios de ingreso a la estrategia antes de emprender el acompañamiento.

### Programa Cuidar:



Acompañamiento virtual dirigido a asegurados con algunas patologías en etapa avanzada que tengan un pronóstico de vida inferior a un año aproximadamente, con el fin de acompañarlos en situaciones familiares antes de fallecer como en temas jurídicos, financieros y emocionales. SURA realiza la activación de este programa según las condiciones y pertinencia médica, no puede ser activado por el cliente ni por el asesor.

### Empresas SURA:



Por medio de una conversación con un experto, SURA hace un análisis completo de tu empresa enmarcado en cinco focos de trabajo: talento humano, gestión financiera, legal, mercado y tecnología y transformación digital. Con este análisis identificamos lo bueno que debe potenciarse y hallamos las oportunidades para trazar una estrategia de fortalecimiento de tu empresa. [Agenda la primera cita aquí](#). Aplica para empresas clientes de Vida Grupo del segmento Empresarial.

### Condiciones de cotización

El seguro que se cotiza en esta oferta se expedirá y se regirá, en caso que sea adjudicado a Seguros de Vida Suramericana S.A., en los términos y condiciones que específicamente se mencionan en este documento.

Seguros Generales Suramericana S.A. se reserva el derecho de revisar términos y condiciones indicados en esta cotización si antes de la iniciación de la vigencia se presenta un incremento importante en la siniestralidad o existe una variación importante del estado de riesgo.

Al contratar el seguro se entiende que la cotización le fue explicada, así como las coberturas y exclusiones de la póliza; cabe resaltar que la propuesta presentada está basada en sus requerimientos frente a los valores asegurados y eventuales solicitudes de eliminar ciertas coberturas.

El seguro que se cotiza en esta oferta se expedirá y se regirá, en caso que sea adjudicado a Seguros Generales Suramericana S.A., en los términos y condiciones que específicamente se mencionan en este documento.

Para que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A no se considere en riesgo, la compañía debe recibir confirmación escrita de la aceptación de los términos y condiciones de esta cotización, de lo contrario se entiende que SURAMERICANA no ha asumido responsabilidad alguna.

Validez de la oferta: la presente cotización tiene validez hasta el día 10 del mes de DICIEMBRE de 2025.

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPAZIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Póliza No.	Ofc Radicación	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Diligenciamiento	Número Solicitud
<input type="checkbox"/> Póliza nueva <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Renovación					
<input type="checkbox"/> Plan Vida Integral Contributivo <input type="checkbox"/> Plan Vida Integral No Contributivo <input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico Contributivo <input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico No Contributivo					
Continuidad de vida Individual Sura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	No. Póliza Vida Individual Sura:			
Forma de pago prima	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Sistema de ajuste		<input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) <input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)	

## INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPAZIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	% Participación	Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------	----------------------------------	---------------	-----------------

## INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro.

Código Gestor

## INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT			<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
---------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Departamento	Valor asegurado	
Dirección Correspondencia			Lesiones con armas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			Teléfono (Sin indicativo)	
			Correo Electrónico	Celular

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (ASEGURADO PRINCIPAL)

Coberturas Vida Grupo		Coberturas Adicionales		VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)
<input type="checkbox"/> Vida		<input type="checkbox"/> Accidentes Personales	Valor asegurado	\$ _____
<input type="checkbox"/> Invalidad o pérdida por un accidente o enfermedad		<input type="checkbox"/> Muerte accidental adicional	\$	
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves _____ %		<input type="checkbox"/> Invalidad accidental adicional		
<input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la capacidad laboral			Lesiones con armas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Muerte en un accidente	Valor Asegurado	<input type="checkbox"/> Renta	Valor asegurado	
Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Renta por incapacidad	\$	
		<input type="checkbox"/> Renta por hospitalización	\$	
		<input type="checkbox"/> Renta adicional por cuidados intensivos		
		Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta		
		EPS		

## INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL (\*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

(\*\*Otros asegurados deben diligenciar el formato específico F-02-83-125)

Con derecho a Acrecimiento  SI     NO

Identificación		Nombre y Apellidos	%	Correo Electrónico	Celular o Teléfono	Parentesco con el Empleado
Tipo	Número					<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE
						<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE
						<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE
						<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE
						<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE

## INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

Tipo 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	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.					<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE				
2.					<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE				
3.					<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE				
4.					<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> HE				

## 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.

1. Usted 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).

<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
<input type="checkbox"/> Infarto al corazón	<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Parálisis diferente a facial
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ceguera total o parcial
<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sordera total o parcial
<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos	<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Hernia de columna
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Hepatitis B, C o D	<input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica
<input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Tumores malignos	<input type="checkbox"/> Retardo mental	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa	

¿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¿Consumo 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:

No. de Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿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 encuentra 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

No. 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)? (En caso de NO haber tenido COVID responda NO).

 SI     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 período 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, 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.segurosura.com.co](http://www.segurosura.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 [proteccióndedatos@suramericana.com.co](mailto:proteccióndedatos@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.segurosura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.aspx](http://www.segurosura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.aspx)

## CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Firma del asegurado principal	Huella Índice Díptico del asegurado principal
-------------------------------	---

Número de Identificación \_\_\_\_\_

VIGILANCIA DE COBERTURA

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 - **PARENTESCO:** **PR.** Progenitor (Padre-Madre)C-10-11-Q083-437 Permanente - **HI:** Hijo - **FA:** Familiar - **Am:** Amigo - **AF:** Afiliado - **SEXO:** **F:** Femenino - **M:** Masculino - **S:** Soltero - **V:** Viudo - **U:** Unión Libre - **D:** Divorciado.[www.sura.com](http://www.sura.com)

- SURAMERICANA -

F-14-11-Q083-437 Permanente - Fecha a partir de la cual se utiliza: 15/12/2022

## SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

