



SEGURO DE VIDA GRUPO  
Plan Vida Maestra

suramericana 



.....  
SEGUROS DE VIDA GRUPO  
**Plan Vida Maestra**

**INDICE**

SECCIÓN I ..... 3

**AMPAROS Y EXCLUSIONES** ..... 3

1. Amparos ..... 3

2. Exclusiones..... 3

SECCIÓN II ..... 4

**DEFINICIÓN DE AMPAROS** ..... 4

1. Definición de amparos básicos ..... 4

2. Definición de amparos adicionales ..... 4

3. Otras definiciones..... 6

4. Vigencia del seguro ..... 6

5. Edades ..... 7

6. Valores asegurados ..... 7

7. Primas ..... 7

8. Renovación del contrato ..... 7

9. Revocación del contrato ..... 7

10. Declaración inexacta o reticente..... 7

11. Inexactitud en la declaración de la edad ..... 7

12. Causales de terminación..... 7

13. Aviso del siniestro ..... 8

14. Prueba del siniestro y pago de la indemnización ..... 8

15. Continuidad..... 8

16. Convertibilidad..... 8

17. Prescripción..... 8

18. Domicilio ..... 8

19. Condiciones no previstas..... 8

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAMPO	1	2	3	4	5
DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual pertenece	Identificación Interna de la proforma
Código Clausulado	14/06/2013	14 -11	P	34	F-02-83-279
Código Nota Técnica	01/02/2013	14 -11	NT-P	34	N-02-83-006

# SEGUROS DE VIDA GRUPO

## Plan Vida Maestra

### CONDICIONES GENERALES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., que en el presente contrato se llamará SURAMERICANA, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador, y las solicitudes individuales de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos; se obliga a pagar las indemnizaciones con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de coberturas contenidas en las Condiciones Generales de esta póliza.

### SECCIÓN I

#### AMPAROS Y EXCLUSIONES

##### 1. AMPAROS

###### 1.1. BÁSICOS

###### 1.1.1. VIDA

1.1.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

###### 1.2. ADICIONALES

###### 1.2.1. ADICIONALES DE VIDA

1.2.1.1. ENFERMEADES GRAVES

1.2.1.2. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS

1.2.1.3. BONO PARA GASTOS EDUCATIVOS

###### 1.2.2. ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES

1.2.2.1. MUERTE ACCIDENTAL

1.2.2.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN ACCIDENTAL

###### 1.2.3. ADICIONALES DE RENTA

1.2.3.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

##### 2. EXCLUSIONES

###### 2.1. PARA TODOS LOS AMPAROS

2.1.1. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL; PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA. NO ESTAN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR TERRORISMO O ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS.

2.1.2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.

###### 2.2. PARA AMPAROS BÁSICOS

###### 2.2.1. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS SE TIENEN LAS SIGUIENTES:

2.2.1.1. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

2.2.1.2. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.

2.2.1.3. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.

2.2.1.4. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.

2.2.1.5. MUERTE, INVALIDEZ O LESIONES COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES POR LA PRACTICA COMO PROFESIONAL O AFICIONADO DE ACTIVIDADES TALES COMO: MOTOCICLISMO, CUATRIMOTOS, VUELO EN PLANEADORES, COMETAS, ULTRALIVIANOS Y SIMILARES; PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, DOWNHILL, PARACAIDISMO, ESCALAJE DE MONTAÑAS, SKI EN EL HIELO, BUCEO, ARTES MARCIALES Y DEPORTES O ACTIVIDADES DENOMINADAS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMAS.

###### 2.3. PARA AMPAROS ADICIONALES DE VIDA

###### 2.3.1. ENFERMEADES GRAVES

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS

AMPAROS Y PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA E INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SE TIENEN LAS SIGUIENTES:

2.3.1.1. ENFERMEADES DERIVADAS O RELACIONADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

2.3.1.2. LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACION TNM (TUMOR NÓDULO METASTÁSIS) CON CLASIFICACION DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA.

2.3.1.3. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 NO M0 (DE LA CLASIFICACION TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTES A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.

2.3.1.4. ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS, Y CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

2.3.1.5. ENFERMEADES CEREBROVASCULARES TRANSITORIAS ISQUÉMICAS.

2.3.1.6. CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEADES GRAVES NUMERAL 2.2, DE LA SECCION II.

###### 2.3.2. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS

APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES QUE PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA.

###### 2.3.3. BONO PARA GASTOS EDUCATIVOS

APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES QUE PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA E INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD SEGÚN EL CASO.

###### 2.4. PARA AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES

###### 2.4.1. MUERTE ACCIDENTAL Y/O INVALIDEZ ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN ACCIDENTAL

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA E INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD SE TIENEN LAS SIGUIENTES:

2.4.1.1. LESIONES O MUERTE CAUSADAS CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

2.4.1.2. EL USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE, DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS U OTROS VEHÍCULOS A MOTOR DE SOLO DOS (2) RUEDAS SI EL ASEGURADO ES MENOR DE 25 AÑOS.

2.4.1.3. INTOXICACIONES, LUMBALGIAS, ESPASMOS MUSCULARES Y HERNIAS DE CUALQUIER CLASE.

2.4.1.4. LESIONES O MUERTE CAUSADAS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MILITAR, NAVAL, AEREO O DE POLICÍA.

###### 2.5. PARA AMPAROS ADICIONALES DE RENTA

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, SE TIENEN LAS SIGUIENTES:

- 2.5.1. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.
- 2.5.2. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.
- 2.5.3. HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS, ESTADOS DE DEMENCIA, CURAS DE SUEÑO, REPOSO O DESCANSO.
- 2.5.4. HOSPITALIZACIONES CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR ALCOHOLISMO Y/O DROGADICCIÓN.
- 2.5.5. HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SIDA.
- 2.5.6. CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS POR INFERTILIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- 2.5.7. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS O CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- 2.5.8. CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.
- 2.5.9. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS ORIENTADOS AL FETO.
- 2.5.10. CIRUGÍA ESTÉTICA. CIRUGÍA PLÁSTICA
- 2.5.11. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA O EN INSTITUCIONES NO AUTORIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
- 2.5.12. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES POR LA PRACTICA COMO PROFESIONAL O AFICIONADO DE ACTIVIDADES TALES COMO: MOTOCICLISMO, CUATRIMOTOS, VUELO EN PLANEADORES, COMETAS, ULTRALIVIANOS Y SIMILARES; PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, DOWNHILL, PARACAIDISMO, ESCALAJE DE MONTAÑAS, SKI EN EL HIELO, BUCEO, ARTES MARCIALES Y DEPORTES O ACTIVIDADES DENOMINADAS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMAS.

## SECCIÓN II

### DEFINICIÓN DE AMPAROS

#### 1. DEFINICIÓN DE AMPAROS BÁSICOS

##### 1.1. VIDA

Al fallecimiento, incluido por homicidio, legalmente comprobado de cualquiera de las personas amparadas, SURAMERICANA, de acuerdo con las condiciones generales de esta póliza, entregará a los beneficiarios el valor asegurado.

En caso de muerte presunta por desaparecimiento, la suma a indemnizar, será el valor asegurado a la fecha de muerte establecida en la sentencia, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

##### 1.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1.2.1. Si durante la vigencia del presente amparo, el Asegurado se invalida, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado que tuviere a dicho momento. Se entenderá ocurrida la invalidez al momento de su estructuración.

Para efectos de este amparo, la invalidez será la pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50% de acuerdo con los criterios establecidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez (decreto 917 de 2001 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez).

La invalidez, siempre y cuando se califique con base en los criterios establecidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente al momento de la calificación, podrá ser certificada por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), Entidad Promotora de Salud (EPS), por la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentra afiliado el Asegurado, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez o entidad que haga sus veces, o por médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional).

1.2.2. Si durante la vigencia del presente amparo, el asegurado sufre alguno de los siguientes eventos, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado alcanzado al momento de la ocurrencia de dicho evento:

- a. La pérdida de la visión por ambos ojos
- b. La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- c. La pérdida de toda una mano y de todo un pie
- d. La pérdida de toda una mano o de todo un pie y la visión por un ojo

e. La pérdida total del habla

f. La pérdida total de la audición por ambos oídos.

1.2.3. Una vez pagada la indemnización por uno de los dos supuestos descritos en los numerales 1.2.1 y 1.2.2. el seguro termina y SURAMERICANA quedará liberada de toda obligación frente al contrato de seguro.

#### DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Si durante la vigencia del amparo, el Asegurado sufiere desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado que tuviere al momento de ocurrencia de la desmembración o inutilización.

Se considerarán dentro de este amparo las siguientes desmembraciones o inutilizaciones, para las cuales se pagarán los porcentajes indicados sobre el valor asegurado del amparo de invalidez:

- a. Por la pérdida de una sola mano: .....60%
- b. Por la pérdida de un solo pie: .....60%
- c. Por la pérdida de la visión por un solo ojo:.....60%

Inutilización significa pérdida total y permanente de la funcionalidad.

Para efectos del amparo de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, pérdida significa con respecto de:

- a. Manos: inutilización o amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o parte proximal de ella.
- b. Pies: inutilización o amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o parte proximal de él.
- c. Visión: pérdida total e irreparable de la visión por un ojo.
- d. Audición: pérdida total e irreparable de la audición por ambos oídos.
- e. Habla: pérdida total e irreparable del habla.

Toda indemnización por estos eventos disminuirá el valor asegurado del amparo básico de vida e invalidez, desmembración e inutilización por accidente o enfermedad en el 60%. En caso de presentarse una reclamación posterior que afecte el amparo básico, la indemnización se hará por el valor remanente.

## 2. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES

Para los amparos adicionales de vida, accidentes personales y renta, se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que ocurra durante la vigencia de la póliza y que produzca en la integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

### 2.1. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES DE VIDA

#### 2.1.1. ENFERMEDADES GRAVES

Para efectos de esta póliza, se considera como enfermedad preexistente, la enfermedad, los defectos o condiciones de salud existentes con anterioridad al ingreso del ASEGURADO a la póliza o a la inclusión del amparo adicional, y que hacen que éstas no constituyan un riesgo asegurable por tratarse de un hecho cierto, lo cual no es objeto del contrato de seguro.

Cuando al Asegurado le sea diagnosticada médicamente por primera vez, durante la vigencia del presente amparo, cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, leucemia, infarto del miocardio, cirugía arteriocoronaria, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple y trasplante de órganos vitales; SURAMERICANA pagará una suma equivalente al porcentaje señalado en la carátula de la póliza.

El porcentaje señalado afectará directamente el valor asegurado en el amparo básico de vida e invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, que se reducirán en esa proporción, al momento del diagnóstico de la enfermedad. En caso de presentarse una reclamación posterior por una cobertura del amparo básico, la indemnización se hará con base en el remanente.

La manifestación y el diagnóstico de la enfermedad, deberán presentarse con posterioridad a los tres (3) meses de iniciación de la primera vigencia del presente anexo y el diagnóstico deberá ser confirmado por evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Para efectos de este amparo, se tomarán las siguientes definiciones:

##### 2.1.1.1. Infarto del miocardio

Significa la muerte de una porción del músculo del corazón resultado del bloqueo de una o más arterias coronarias.

El diagnóstico está basado en un episodio que consiste en:

- a. Dolor de pecho típico,
- b. Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones, o inversión de la onda T en dos o más derivaciones, y
- c. Elevación de enzimas cardíacas.

##### 2.1.1.2. Cirugía arteriocoronaria (Revascularización Coronaria):

Cirugía de corazón recomendada por un cardiólogo para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias que requieran la colocación de al menos dos injertos o puentes (By - Pass).

##### 2.1.1.3. Cáncer

Significa un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y esparcimiento de células malignas y la invasión de tejido. Esta definición incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin diferente al estadio I.

##### 2.1.1.4. Enfermedad cerebrovascular

Cualquier enfermedad cerebrovascular ocasionada por hemorragia o infarto del tejido cerebral secundario a embolismos o trombosis, que producen déficit neurológico con duración mayor de 24 horas y que persiste por lo menos 30 días comunes después de que se presente el evento.

##### 2.1.1.5. Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia permanente e irreversible de ambos riñones como resultado de cualquier causa que requiera tratamiento de diálisis o trasplante de riñón.

##### 2.1.1.6. Esclerosis múltiple

Diagnóstico inequívoco de un neurólogo registrado de por lo menos dos episodios de anomalías neurológicas bien definidas con síntomas característicos de desmielinización, anomalías neurológicas persistentes y deterioro funcional, con una duración continua no inferior a ciento ochenta (180) días comunes y que hayan sido confirmados por técnicas modernas de imágenes.

El diagnóstico deberá ser confirmado cumplidos los ciento ochenta (180) días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

##### 2.1.1.7. Trasplante de órganos vitales

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas.

Los órganos cuyo trasplante está cubierto por esta póliza son los siguientes: Hígado, Corazón, Médula Ósea, Páncreas, Pulmón e Intestino Delgado.

##### 2.1.2. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS

En caso de presentarse la muerte del Asegurado por un evento cubierto por las condiciones generales de esta póliza, SURAMERICANA entregará a los Beneficiarios el valor asegurado definido para este amparo.

##### 2.1.3. BONO PARA GASTOS EDUCATIVOS

En caso de presentarse la muerte o la invalidez del Asegurado por un evento cubierto por la póliza, SURAMERICANA entregará a él o, a falta de este, a sus Beneficiarios, el valor asegurado definido para este amparo.

## 2.2. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES

### 2.2.1. MUERTE ACCIDENTAL

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado falleciere como consecuencia de las lesiones sufridas en dicho evento, SURAMERICANA pagará a los Beneficiarios, la suma asegurada por este amparo a la fecha del accidente.

### 2.2.2. INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN ACCIDENTAL

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado padeciere como consecuencia de dicho evento alguna de las pérdidas o inutilizaciones descritas a continuación, SURAMERICANA le pagará, de la suma asegurada alcanzada por este amparo a la fecha del accidente, los porcentajes indicados a continuación siempre y cuando sobreviva a la fecha del accidente al menos durante treinta (30) días comunes:

- a. Por toda lesión diferente a las enumeradas en los literales b. a j. de la presente cláusula, que le impida al Asegurado desempeñar total y permanentemente su propia ocupación u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia ..... 100%

La invalidez en cualquiera de sus manifestaciones deberá ser certificada por la Administradora de Riesgos laborales (A.R.L), por la Entidad Promotora de Salud (E.P.S) o por la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P) a la cual se encuentre afiliado el Asegurado. En caso de no estar afiliado a ninguna de las anteriores entidades la certificación deberá ser expedida por médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional), con base en el Manual Único para Invalidez Vigente al momento de la calificación, donde el porcentaje de incapacidad laboral del asegurado deberá ser mayor o igual al

50%. En caso de discrepancia entre el dictamen del médico o entidad que certifican la invalidez y SURAMERICANA, se tendrá como prueba definitiva el dictamen de la Junta Regional de Invalidez.

- b. Por la pérdida total e irremediable de la visión por ambos ojos .. 100%
- c. Por la pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie..... 100%
- d. Por la pérdida total e irreparable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie..... 100%
- e. Por la pérdida total e irreparable del habla o de la audición por ambos oídos ..... 100%
- f. Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie..... 60%
- g. Por la pérdida total e irreparable de la visión por un ojo ..... 60%
- h. Por la pérdida o inutilización total y permanente del dedo pulgar de una de las manos ..... 20%
- i. Por la pérdida o inutilización total y permanente de cada uno de los restantes dedos de las manos ..... 10%
- j. Por la pérdida o inutilización total y permanente de cada uno de los dedos de los pies..... 10%

Para efecto de esta cláusula "pérdida" significa, con respecto a:

- a. La mano: amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o parte proximal de ella.
- b. El pie: amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o parte proximal de él.
- c. Los dedos de las manos: amputación quirúrgica o traumática por la coyuntura metacarpofalangiana o parte proximal de ella.
- d. Los dedos de los pies: amputación quirúrgica o traumática por la coyuntura metatarsofalangiana o parte proximal de ella.

"Inutilización" significa: pérdida total y permanente de la funcionalidad.

Adicional a lo contemplado en el numeral 12 de la sección II, Los amparos de muerte accidental y de invalidez, desmembración o inutilización accidental, terminan en los siguientes casos:

Para cada asegurado por el pago de las indemnizaciones contempladas en los literales a, b, c, d, e, f y g de la presente cláusula. De igual manera, cuando el porcentaje afectado en los literales h, i y j sea igual o superior al 50%.

**Restablecimiento Automático de Valores Asegurados:** En los casos de las indemnizaciones originadas en los literales h, i y j, si el porcentaje afectado no es igual o superior al 50%, los valores asegurados se restablecerán automáticamente en la cuantía de la indemnización, con el fin de atender un nuevo reclamo, sin cobro de prima por el valor restablecido.

### 2.3. DEFINICIÓN DE AMPAROS ADICIONALES DE RENTA

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

**Hospitalización:** es la permanencia en una institución Hospitalaria para recibir Tratamiento Médico o Quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

**Hospital o clínica:** es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.

**Enfermedad:** es la alteración de la salud, según diagnóstico médico.

**Accidente:** Se entiende por accidente para efecto de este contrato, el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

**Cirugía ambulatoria:** Es todo tratamiento quirúrgico realizado en el quirófano de un Hospital o Clínica, que no requiera hospitalización.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud.

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.

**POS:** Plan Obligatorio de Salud.

**PAS:** Planes Adicionales de Salud, tales como Medicina Prepagada, Pólizas de Salud o Planes Complementarios de Salud.

**Evento:** comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los Asegurados, debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí.

#### 2.3.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si como consecuencia de una enfermedad o accidente, el asegurado tiene que ser hospitalizado para un tratamiento médico o quirúrgico o le es practicada una cirugía ambulatoria o es incapacitado post-hospitalaria o post-quirúrgicamente, se le reconocerá la suma diaria indicada para cada uno de los siguientes eventos:

**2.3.1.1. Hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico hospitalario:** se reconocerá la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza, por cada día que el Asegurado permanezca hospitalizado, sin exceder ciento ochenta (180) días por evento.

**2.3.1.2. Cobertura por Cirugía ambulatoria:** cuando al Asegurado se le practique una cirugía ambulatoria, se le reconocerá por una vez la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza.

**2.3.1.3. Incapacidad posterior a una hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico o cirugía ambulatoria:** si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica, o de la cirugía ambulatoria, el Asegurado continúa incapacitado, se le reconocerá el 50% de la suma diaria asegurada por cada día de incapacidad que le sea concedida por la EPS o validada por esta cuando sea otorgado dentro de un PAS, sin sobrepasar un máximo de seis (6) días por evento.

**2.3.1.4. Hospitalización por complicaciones del embarazo o parto:** tendrán derecho las mujeres que hayan estado aseguradas bajo este amparo por un período mínimo y continuo de doscientos setenta (270) días inmediatamente anteriores a la terminación del embarazo o parto.

Se reconocerá la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza, por cada día que la asegurada permanezca hospitalizada, con un máximo de dos (2) días por evento y por vigencia anual de la póliza.

Parágrafo: Para esta cobertura no se concede la incapacidad posterior a una hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico o cirugía ambulatoria, descrita en el numeral 2.3.1.3

#### 2.2.2. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Para obtener el derecho a las coberturas del numeral 2.3.1., son indispensables los siguientes requisitos:

- a. Que la hospitalización o la cirugía y la incapacidad Post-hospitalaria o Post-quirúrgica sean autorizadas o validadas por médico adscrito a la EPS en la cual se encuentra afiliado el Asegurado.
- b. Que los costos del tratamiento hospitalario o la cirugía, sean asumidos por la EPS o PAS.
- c. Que la hospitalización o la cirugía ambulatoria, ocurra estando vigente la póliza.

### 3. OTRAS DEFINICIONES

#### 3.1. Terrorismo

Para efectos de esta póliza se entenderá por terrorismo todo acto o amenaza de violencia para la vida humana, los bienes tangibles e intangibles o la infraestructura, que sea hecho por parte de cualquier persona o grupo(s) de personas que o bien actúa(n) en su propio nombre o por encargo o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s) y que sea cometido por razones o fines políticos, religiosos, ideológicos y éticos incluyendo la intención de influenciar en el gobierno y/o crear temor y miedo en la opinión pública o parte de la misma o graves alteraciones del orden económico y social.

**4. VIGENCIA DEL SEGURO**

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando no sea revocado o renovado.

**5. EDADES**

AMPARO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO O AUMENTO DE VALOR ASEGURADO O CRECIMIENTO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
--------	---	----------------------------

**PARA EL AMPARO BÁSICO**

Vida	70 Años	Indefinida hasta que el ASEGURADO haga parte del grupo asegurable.
Invalidez, Desmembración o Inutilización Por Accidente o Enfermedad	69 Años	70 Años

**PARA AMPAROS ADICIONALES DE VIDA**

Enfermedades Graves	60 Años	65 Años
Bono para Gastos Funerarios	70 Años	Indefinida hasta que el ASEGURADO haga parte del grupo asegurable.
Bono Gastos Educativos	70 Años	Por tratarse de un amparo adicional ligado a la cobertura de Vida y/o Invalidez, la edad máxima de permanencia del Bono Canasta está sujeta a la misma edad del amparo que se contrata, ya sea Vida o Invalidez.

**PARA AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES**

Muerte Accidental	69 Años	70 Años
Invalidez, Desmembración o Inutilización Accidental	69 Años	70 Años

**PARA AMPAROS ADICIONALES DE RENTA**

Renta Diaria por Hospitalización	60 Años	65 Años
----------------------------------	---------	---------

Se respetará la cobertura hasta la fecha de finalización de la vigencia del seguro en la cual se alcance la edad de permanencia.

**6. VALORES ASEGURADOS**

**6.1. Modificaciones**

La única forma para modificar el valor asegurado es realizando un cambio en el plan seleccionado en la próxima renovación, y si es del caso, el ASEGURADO deberá presentar los requisitos de asegurabilidad respectivos.

**7. PRIMAS**

**7.1. Cálculo**

La prima para cada anualidad será calculada con base en la suma asegurada alcanzada al final de cada año de vigencia, la tarifa pertinente teniendo en cuenta la edad de cada Asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual y su ocupación.

**7.2. Pago**

El Tomador está obligado a realizar el pago de la prima dentro del mes siguiente a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o de cualquiera de sus anexos. Si durante dicho plazo ocurriese algún siniestro, SURAMERICANA deducirá del pago de la indemnización correspondiente, las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

**7.3. Pago Fraccionado**

Las primas son anuales pero pueden ser pagadas en forma semestral, trimestral o mensual, mediante la aplicación de un recargo financiero.

**8. RENOVACIÓN DEL CONTRATO**

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de vencimiento de cada vigencia no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, sin perjuicio de lo estipulado en la condición 7.2. de la Sección II.

**9. REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

Durante la vigencia de la póliza, el Tomador o Asegurado podrá revocar el contrato o cualquiera de sus amparos de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio.

Así mismo, durante la vigencia de la póliza SURAMERICANA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo de vida, mediante aviso escrito al Asegurado con diez días hábiles de anticipación, en cuyo caso SURAMERICANA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

La revocación no exime al Tomador de pagar todas las primas que a la fecha de la revocación adeude a SURAMERICANA con motivo de la presente póliza.

PARAGRAFO: El hecho de que SURAMERICANA haya recibido una o más primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los beneficios ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

**10. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

EL TOMADOR y los ASEGURADOS individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por SURAMERICANA. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SURAMERICANA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

**11. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD**

Si respecto a la edad del ASEGURADO se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está por fuera de los límites autorizados por la tarifa de SURAMERICANA, de acuerdo con lo estipulado en las edades para cada uno de los amparos, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si la edad verdadera es mayor que la declaración, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por SURAMERICANA.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

**12. CAUSALES DE TERMINACIÓN**

La terminación de este seguro no perjudicará las reclamaciones originadas antes de que ella ocurra. Si después de la terminación de este seguro, SURAMERICANA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de SURAMERICANA se limitará a la devolución de dichas primas.

El amparo individual de cualquiera de los Asegurados por la presente póliza, termina por las siguientes causas:

- 12.1. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, de acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio. Igualmente, la mora en el pago de la prima correspondiente al certificado individual de seguro generará la terminación de este.
- 12.2. En el evento en que el asegurado haya ejercido la convertibilidad, hasta el día en que esta se haga efectiva con la expedición de la nueva póliza individual.
- 12.3. Cuando el Tomador solicite por escrito la exclusión del Asegurado.
- 12.4. Cuando el Asegurado solicite por escrito su exclusión.
- 12.5. A la terminación de la vigencia si esta no se renueva o a la revocación de este contrato.
- 12.6. Al cumplimiento de la edad estipulada para cada uno de los amparos contemplados por esta póliza. Según se establece en el numeral 5, Sección II.
- 12.7. En el momento en que al Asegurado se le indemnice por el amparo de vida.
- 12.8. En el momento en que al Asegurado se le indemnice el 100% de la suma asegurada por el amparo de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad.
- 12.9. En el momento en que el grupo Asegurado sea disuelto. En tal caso, las personas que deseen continuar aseguradas pueden



hacer uso de la cláusula de convertibilidad estipulada en el numeral 16. Se entenderá disuelto el grupo Asegurado cuando quede integrado con menos de 10 Asegurados durante la vigencia de la póliza.

12.10. Si se trata del seguro del cónyuge, de los hijos, hermanos o progenitores, cuando el ASEGURADO principal deje de pertenecer al grupo asegurado. Se entiende por Asegurado principal la persona que tiene la relación legal o contractual con el Tomador.

### 13. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador o Asegurado, deberán dar aviso a SURAMERICANA de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer de esta.

14. PRUEBA DEL SINIESTRO Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN  
SURAMERICANA efectuará el pago de la indemnización a que está obligada por la póliza y sus amparos, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o los Beneficiarios acrediten, aun extrajudicialmente, la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

En el trámite de la reclamación, cuando lo estime conveniente, SURAMERICANA, directamente o por medio de un médico nombrado por ella, asumiendo los costos, tendrá derecho a exigir examen médico y confirmación del diagnóstico; así como solicitar los documentos que considere necesarios.

Para acreditar el derecho a la indemnización el Asegurado o los Beneficiarios presentarán a SURAMERICANA la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, acompañada de los siguientes documentos:

#### PARA EL AMPARO BÁSICO

##### 14.1. Por Muerte

- Formulario de reclamación.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Beneficiario mayor de edad, o fotocopia del registro civil de nacimiento del Beneficiario menor de edad.
- Historia Clínica completa e informe y certificado del médico tratante del Asegurado.
- Cuando sea el caso de pago a los beneficiarios de ley, la prueba de esta calidad.

##### 14.2. Por Invalidez, Desmembración o Inutilización por Accidente o Enfermedad

- Formulario de reclamación.
- Historia clínica completa.
- Informe y certificado del médico legalmente habilitado para calificar la invalidez o acreditar la desmembración o inutilización.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.

#### PARA AMPAROS ADICIONALES DE VIDA

##### 14.3. Por Enfermedades Graves

Historia clínica completa e informe y certificado del médico tratante del Asegurado y adicionalmente se exigirán los siguientes documentos según el caso:

##### 14.3.1. Por infarto del miocardio

- Electrocardiogramas (lectura y trazado) durante la hospitalización.
- Resultado de la medición de enzimas cardíacas y troponina.
- Otros exámenes practicados.

##### 14.3.2. Por cirugía arteriocoronaria

- Resultado de los exámenes realizados (coronariografía y/o cateterismo).
- Descripción quirúrgica del procedimiento.
- Historia clínica del médico especialista que efectuó la cirugía.

##### 14.3.3. Por cáncer

- Resultado de anatomía patológica.

##### 14.3.4. Por enfermedad cerebrovascular o por insuficiencia renal crónica

- Certificado de médico especialista.
- Resultado de exámenes practicados.

##### 14.3.5. Por esclerosis múltiple

- Certificado de médico especialista en neurología.
- Resultado de exámenes practicados (pruebas confirmadas)

##### 14.3.6. Por trasplante de órganos vitales

- Descripción quirúrgica del procedimiento.
- Historia clínica del médico especialista que efectuó la cirugía.

##### 14.4. Bono para Gastos Funerarios

- Los mismos requisitos que los exigidos por Muerte.

##### 14.5. Bono para Gastos Educativos

- Los mismos requisitos que los exigidos por muerte o por Invalidez, Desmembración o Inutilización por Accidente o Enfermedad, según el caso.

#### PARA AMPAROS ADICIONALES DE ACCIDENTES PERSONALES

##### 14.6. Muerte Accidental

Se observarán los mismos requisitos exigidos por muerte, además de los siguientes:

- Acta de levantamiento del cadáver o certificado de necropsia o informe medicina legal.

##### 14.7. Invalidez, Desmembración o Inutilización Accidental

- Formulario de reclamación.
- Informe médico y certificado del médico legalmente habilitado para calificar la invalidez.
- Historia clínica de los médicos o entidades que atendieron al Asegurado.
- Calificación de invalidez.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.

#### PARA AMPAROS ADICIONALES DE RENTA

- Formulario de reclamación.
- Certificación de la EPS donde conste la autorización de la hospitalización o la intervención quirúrgica, el número de días de hospitalización o el número de días de incapacidad post-hospitalaria o post-quirúrgica, y el nombre de la intervención realizada.

Adicionalmente SURAMERICANA podrá solicitar la Historia Clínica y los certificados Médicos que crea necesarios para el pago de la reclamación

### 15. CONTINUIDAD

SURAMERICANA amparará a todos los docentes que vienen asegurados de la Compañía anterior a partir de la fecha de ingreso a la póliza, en iguales condiciones de calificación [extraprimas o limitaciones de cobertura, con los amparos que el producto de vida grupo para los docentes tenga vigente y hasta por el mismo valor asegurado]. Lo que significa que acepta dichos riesgos en el estado en que se encuentran, otorgando cobertura a aquellas preexistencias que hubieran sido cubiertas por la anterior Compañía. Las extraprimas y limitaciones de cobertura que hayan sido impuestas por la anterior Compañía regirán para este contrato sin perjuicio de aquellas que puedan ser impuestas por esta aseguradora.

La presente continuidad se otorga siempre y cuando al momento de la suscripción o del siniestro el docente o sus beneficiarios entregan el certificado individual de la declaración de asegurabilidad de la anterior compañía.

Los nuevos asegurados deben cumplir con los requisitos de asegurabilidad exigidos por SURAMERICANA.

### 16. CONVERTIBILIDAD

Siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su retiro, el Asegurado menor de sesenta y cinco (65) años, que haya permanecido en la póliza por lo menos durante un (1) año continuo, tendrá derecho a ser amparado en una de las pólizas de vida individual que SURAMERICANA tenga en el mercado.

El amparo básico de vida de dicha póliza será otorgado sin requisitos de asegurabilidad y en condiciones semejantes a las que tenía en el seguro de vida grupo, en lo referente al valor asegurado, exclusiones, tasa de crecimiento y recargos en la prima; de acuerdo con las tasas del seguro individual correspondientes a la edad alcanzada. Sin embargo, no se otorgarán amparos diferentes de este.

### 17. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza, se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

### 18. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la dirección y ciudad indicada en la carátula de la póliza, en la República de Colombia.

### 19. CONDICIONES NO PREVISTAS

Las condiciones no previstas en el presente clausulado se regirán por la ley colombiana.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

.....  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.  
Oficina principal: Carrera 64B N° 49A-30. Medellín - Colombia. Teléfono: (4) 260 2100.  
www.suramericana.com



.....  
SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO  
Plan Vida Maestra

www.suramericana.com

# SOLICITUD / PÓLIZA PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

Plan Vida Maestra  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ASESOR Y/O GESTOR)		Ofc Radicación	Poliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD	Número Solicitud
<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Modificación	<input type="checkbox"/> Renovación				

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN		Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)		Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)		Código Asesor	% Participación
-------------------------------	--	---	--	---------------	-----------------	---	--	---------------	-----------------

INFORMACIÓN GESTOR		Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos)		Código Gestor	% Participación
--------------------	--	--	--	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR		Tipo de Identificación		Número de Identificación	Razon Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)		Tipo de Institución	
<input type="checkbox"/> T.I.	<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 AFILIADO PRINCIPAL		¿El Afiliado está en calidad de Asegurado?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)		Sexo	
<input type="checkbox"/> T.I.	<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)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular	
Dirección Correspondencia			Correo Electrónico	Plan		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal).							
COBERTURAS							
Vida Grupo	Vida	20.000.000	30.000.000	50.000.000	70.000.000	90.000.000	120.000.000
Vida Grupo	Invalidez por Accidente o Enfermedad	20.000.000	30.000.000	50.000.000	70.000.000	90.000.000	120.000.000
	Bono Gastos Funerarios	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
	Enfermedades Graves (60%)	12.000.000	18.000.000	30.000.000	42.000.000	54.000.000	72.000.000
	Bono Canasta / Educativo	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
Incidencias Promesas	Muerte Accidental (sin Homicidio)	10.000.000	15.000.000	25.000.000	35.000.000	45.000.000	60.000.000
	Invalidez, Desmembración o Inutilización Accidental	10.000.000	15.000.000	25.000.000	35.000.000	45.000.000	60.000.000
Renta	Renta Diaria: indemnización por hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico, cirugía ambulatoria e incapacidad poshospitalaria o posquirúrgica	20.000	30.000	50.000	70.000	90.000	120.000
PRIMAS		PLAN A	PLAN B	PLAN C	PLAN D	PLAN E	PLAN F
PRIMA MES POR PERSONA		\$	\$	\$	\$	\$	\$

Nota: Marque con una (X) el plan escogido y la prima mensual a pagar: **(\*\*) PRIMA MENSUAL TOTAL A PAGAR \$**

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS								
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)		Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (Cms)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (AFILIADO)						Con derecho a Acrecimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
(otros Asegurados deben diligenciar Formato Especifico F-02-83-125)							
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombre y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)		%	Parentesco		
				Σ	100 %		

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)**

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado:

Enfermedades cardiovasculares  Infarto de miocardio  Arritmias  Hipertensión arterial  Colesterol (Tratado con medicamentos)  Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)  
 Derrames  Isquemia o trombosis cerebral  Epilepsia  Enfisema pulmonar  Bronquitis crónica  Cáncer  Leucemia  Lupus  Tumores malignos  SIDA o VIH positivo  
 Insuficiencia renal  Esclerosis múltiple  Artritis reumatoidea  Diabetes  Pancreatitis  Hepatitis B o C  Cirrosis  Retardo mental  Trastornos psiquiátricos  Colitis Ulcerativa  
 Hipertiroidismo  Parálisis  Deformidades corporales  Ceguera  Sordera total o parcial  Hernia de columna  Pérdida funcional o anatómica  Otra Enfermedad, ¿Cuál?  
 Consume actualmente drogas estimulantes  Ha estado en tratamiento para:  Alcoholismo  Drogadicción  Ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse en las labores propias de su ocupación?

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:  SI  NO

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

2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado(s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra(n) en algún tratamiento o estudio médico o sabe(n) si será(n) hospitalizado(s) o intervenido(s) quirúrgicamente?  
 En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:  SI  NO

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

3. ¿A alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama?  SI  NO  
 En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

No. de Identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstica	No. de Identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstica
1.				2.			

Observaciones

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre- Madre) - CP: Compañero(a) - Permanente - HI: Hijo  
 FA: Familiar - Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.  
 F-02-83-279 apotema  
 Fecha a partir de la cual se utiliza: 14/06/2013

RECUERDE FIRMAR LA CLÁUSULA DE GARANTÍA

- COMPAÑIA -

## CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, 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.

## TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S. A., su matriz, sus empresas filiales y subsidiarias, nacionales o extranjeras, presentes o futuras, en adelante SURAMERICANA, para el tratamiento de los datos personales que suministre, con los siguientes fines: El trámite de mi solicitud de seguro, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos, la ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre, el control y la prevención del fraude, la liquidación y pago de siniestros; la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado, el registro y compilación de mis datos en ficheros físicos o digitales. Para que compartan entre ellas y accedan a la información referente a mí con el fin de contactarme por cualquier medio para fines comerciales o de mercadeo, envío de información y publicidad.

Igualmente autorizo a SURAMERICANA para que comparta, transmita, entregue, transfiera a cualquier título, consulte información y/o documentación referente a mí, para las finalidades mencionadas a: los proveedores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con SURAMERICANA., los intermediarios de seguros, defensor del consumidor financiero, Fasecolda e Inverfas, coaseguradores y reaseguradores, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, a las entidades del Sistema General de Seguridad Social Integral y las Centrales de información y riesgo. De igual forma, autorizo a SURAMERICANA para consultar, acceder y obtener copia de mi historia clínica para las finalidades enunciadas, incluso después de fallecido.

Autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. He sido informado que las respuestas a las preguntas sobre datos personales sensibles o sobre datos de niños y adolescentes son voluntarias. Sé que me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012, en especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos.

Se informa que el responsable del tratamiento de la información es Suramericana, cuya dirección es Suramericana para cualquier corrección, actualización o supresión de datos, comunicarse a la línea de atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000 518888.

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

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		Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)	
Firma del Afiliado o Tomador		Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador	
Número de Identificación		Número Solicitud	

INFORMACIÓN DEL TOMADOR		
Dirección institución educativa	Teléfono	Municipio

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DEL TOMADOR							
<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> IFE	Número de Identificación	Razón Social	Código Asesor	Ramo	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD
Dirección Correspondencia			Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)			

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, Luego Apellidos)				
<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	Ciudad	Departamento	Teléfono (sin indicativo)	Celular	
Dirección			Tipo de ubicación		Correo Electrónico		
			<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo				

INFORMACIÓN DEL DESCUENTO			
Código de Nómina	Periodicidad Descuento	Valor a Descantar	Valor en letras
		\$	

## AUTORIZACIÓN

Autorizo al Tomador a descontar de mi nómina el valor señalado de la prima de Seguros durante la vigencia del correspondiente contrato, de acuerdo con la periodicidad indicada en la presente autorización.

En caso de querer suspender la renovación automática de mi seguro me comprometo a informar por escrito al Tomador y a la compañía aseguradora con (2) meses de anticipación al inicio de la nueva vigencia. De igual forma, si de acuerdo con las condiciones generales de la póliza se incrementa el valor de la prima en el aniversario o se incluyen modificaciones en su cobertura, faculto al Tomador a descontar la cantidad correspondiente de mi nómina.

Declaro entender que el recibo de nómina constituye la prueba de los descuentos pactados con el Tomador para el pago de la prima a mi cargo. En consecuencia, es mi obligación revisarlo con el fin de verificar que los mismos se estén efectuando en la forma acordada y reportar al Tomador de manera inmediata cualquier anomalía al respecto. De no hacerlo, declaro que SURAMERICANA no es responsable de la indemnización de los siniestros ocurridos durante vigencias no cobradas.

En tanto no sea revocada por escrito, esta autorización se mantendrá en vigor mientras esté vigente la póliza de seguro a la que se refiere.

Firma Tomador	Firma Solicitante	Índice derecho del Solicitante
Número de Documento	Número de Documento	Ciudad

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT.: Número de Identificación Tributaria - IFE.: Identificación Fiscal para Extranjeros - T.I.: Tarjeta de identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.: Cédula de Extranjería.

- COMPAÑIA -

- ASESOR -

- ASESOR -

- CLIENTE -

- CLIENTE -

**Plan Vida Maestra**  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA**  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



**INFORMACIÓN DEL TOMADOR**

<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> IFE	Número de Identificación	Razón Social	Código Asesor	Ramo	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento AAAAMDD
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico		Teléfono (sin indicativo)			

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos ( Primero Nombres, Luego Apellidos)	
<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.		
Ciudad	Departamento	Teléfono (sin Indicativo)	Celular	
Dirección		Tipo de ubicación	Correo Electrónico	
		<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Trabajo	

**INFORMACIÓN DEL DESCUENTO**

Código de Nómina	Periodicidad Descuento	Valor a Descantar	Valor en letras
		\$	

**AUTORIZACIÓN**  
Autorizo al Tomador a descontar de mi nómina el valor señalado de la prima de Seguros durante la vigencia del correspondiente contrato, de acuerdo con la periodicidad indicada en la presente autorización. En caso de querer suspender la renovación automática de mi seguro me comprometo a informar por escrito al Tomador y a la compañía aseguradora con (2) meses de anticipación al inicio de la nueva vigencia. De igual forma, si de acuerdo con las condiciones generales de la póliza se incrementa el valor de la prima en el aniversario o se incluyen modificaciones en su cobertura, faculto al Tomador a descontar la cantidad correspondiente de mi nómina. Declaro entender que el recibo de nómina constituye la prueba de los descuentos pactados con el Tomador para el pago de la prima a mi cargo, en consecuencia, es mi obligación revisarlo con el fin de verificar que los mismos se estén efectuando en la forma acordada y reportar al Tomador de manera inmediata cualquier anomalía al respecto. De no hacerlo, declaro que SURAMERICANA no es responsable de la indemnización de los siniestros ocurridos durante vigencias no cobradas.

En tanto no sea revocada por escrito, esta autorización se mantendrá en vigor mientras esté vigente la póliza de seguro a la que se refiere.

Firma Tomador	Firma Solicitante	Índice derecho del Solicitante
Número de Documento	Número de Documento	Ciudad

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT.: Número de Identificación Tributaria - IFE.: Identificación Fiscal para Extranjeros - T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.: Cédula de Extranjería.

- MUNICIPIO -

**Plan Vida Maestra**  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA**  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



**INFORMACIÓN DEL TOMADOR**

<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> IFE	Número de Identificación	Razón Social	Código Asesor	Ramo	Póliza No.	Fecha Diligenciamiento AAAAMDD
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico		Teléfono (sin indicativo)			

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos ( Primero Nombres, Luego Apellidos)	
<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.		
Ciudad	Departamento	Teléfono (sin Indicativo)	Celular	
Dirección		Tipo de ubicación	Correo Electrónico	
		<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Trabajo	

**INFORMACIÓN DEL DESCUENTO**

Código de Nómina	Periodicidad Descuento	Valor a Descantar	Valor en letras
		\$	

**AUTORIZACIÓN**  
Autorizo al Tomador a descontar de mi nómina el valor señalado de la prima de Seguros durante la vigencia del correspondiente contrato, de acuerdo con la periodicidad indicada en la presente autorización. En caso de querer suspender la renovación automática de mi seguro me comprometo a informar por escrito al Tomador y a la compañía aseguradora con (2) meses de anticipación al inicio de la nueva vigencia. De igual forma, si de acuerdo con las condiciones generales de la póliza se incrementa el valor de la prima en el aniversario o se incluyen modificaciones en su cobertura, faculto al Tomador a descontar la cantidad correspondiente de mi nómina. Declaro entender que el recibo de nómina constituye la prueba de los descuentos pactados con el Tomador para el pago de la prima a mi cargo, en consecuencia, es mi obligación revisarlo con el fin de verificar que los mismos se estén efectuando en la forma acordada y reportar al Tomador de manera inmediata cualquier anomalía al respecto. De no hacerlo, declaro que SURAMERICANA no es responsable de la indemnización de los siniestros ocurridos durante vigencias no cobradas.

En tanto no sea revocada por escrito, esta autorización se mantendrá en vigor mientras esté vigente la póliza de seguro a la que se refiere.

Firma Tomador	Firma Solicitante	Índice derecho del Solicitante
Número de Documento	Número de Documento	Ciudad

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT.: Número de Identificación Tributaria - IFE.: Identificación Fiscal para Extranjeros - T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.: Cédula de Extranjería.

- MUNICIPIO -

RECUERDE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA



RECUERDE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

.....  
Oficina principal: Carrera 64 B N° 49A-30 Medellín - Colombia. Teléfono: (4) 260 2100

[www.suramericana.com](http://www.suramericana.com)