



SEGURO DE VIDA GRUPO
Plan Vida Docentes



SEGUROS DE VIDA GRUPO
Plan Vida Docentes

INDICE

SECCION I
AMPAROS Y EXCLUSIONES. 3

1. Amparos.3

2. Exclusiones3

SECCION II
CONDICIONES GENERALES 4

1. Definición de amparos básicos4

2. Definición de amparos adicionales4

3. Otras definiciones6

4. Vigencia del seguro.6

5. Edades6

6. Valores asegurados6

7. Primas6

8. Renovación del contrato6

9. Revocación del contrato7

10. Declaración inexacta o reticente7

11. Inexactitud en la declaración de la edad.7

12. Causales de terminación7

13. Aviso del siniestro.7

14. Prueba del siniestro y pago de la indemnización.7

15. Cláusula de continuidad8

16. Convertibilidad.8

17. Prescripción.8

18. Domicilio8

19. Condiciones no previstas8

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAMPO	1	2	3	4	5
DESCRIPCION FORMATO	Fecha a partir de la cual se utiliza 23/09/2011	Tipo y número de la Entidad 14 -11	Tipo de Documento P	Ramo al cual pertenece 34	Identificación Interna de la proforma F-02-83-251

SECCION I

AMPAROS Y EXCLUSIONES

1. AMPAROS

1.1. BASICOS

1.1.1. VIDA

1.1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON BENEFICIOS DE DESMEMBRACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

1.2. ADICIONALES

1.2.1. INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL

1.2.2. ENFERMEDADES GRAVES

1.2.3. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS

1.2.4. BONO PARA GASTOS EDUCATIVOS

1.2.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

2. EXCLUSIONES

2.1. PARA TODOS LOS AMPAROS:

2.1.1. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCION, REBELION, SEDICION, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCION SOCIAL O POR APLICACION DE LA LEY MARCIAL; PRESTACION DEL SERVICIO MILITAR, NAVAL, AEREO O DE POLICIA. NO ESTAN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR TERRORISMO O ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS.

2.1.2. EVENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE FISION O FUSION NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLOGICAS O QUIMICAS.

2.2. AMPAROS BASICOS

2.2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON BENEFICIOS DE DESMEMBRACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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

2.2.1.1. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALIAS O MALFORMACIONES CONGENITAS O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA, QUE SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.

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

2.3. AMPAROS ADICIONALES

2.3.1. INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

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

2.3.1.1. EL USO DE VEHICULOS O ARTEFACTOS AEREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECANICO DE AVIACION O MIEMBRO DE LA TRIPULACION.

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

2.3.1.3. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALIAS O MALFORMACIONES CONGENITAS O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA, QUE SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.

2.3.2. ENFERMEDADES GRAVES

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

2.3.2.1. ENFERMEDADES QUE SEAN DERIVADAS O RELACIONADAS CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

2.3.2.2. LESIONES PREMALIGNAS, CANCER DE PROSTATA ETAPA A O T1A O T1B DE LA CLASIFICACION TNM (TUMOR NODULO METASTASIS), CANCER IN SITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADÍO IN SITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADÍO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SIDA.

2.3.2.3. ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCION INTRA-ARTERIAL, ASI COMO EL TRATAMIENTO LASER, OPERACIONES DE VALVULA, OPERACIONES POR TUMORACION INTRACARDIACA O ALTERACION CONGENITA.

2.3.2.4. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES TRANSITORIAS ISQUEMICAS.

2.3.2.5. CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES (SECCION II; CONDICION 2.2)

2.3.2.6. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALIAS O MALFORMACIONES CONGENITAS O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA, QUE SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.

2.3.3. BONO PARA GASTOS FUNERARIOS Y EDUCATIVOS

APLICAN LAS EXCLUSIONES DE TODOS LOS AMPAROS Y LAS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON BENEFICIOS DE DESMEMBRACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD SEGUN EL CASO.

2.3.4. RENTA POR HOSPITALIZACION

ADICIONALMENTE A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS QUE DERIVAN UNA INDEMNIZACION POR RENTA SE TIENEN LAS SIGUIENTES:

2.3.4.1. CIRUGIAS PRACTICADAS COMO CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCION DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBACEOS.

2.3.4.2. CIRUGIAS PRACTICADAS COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS.

2.3.4.3. CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA O RECONSTRUCTIVA.

2.3.4.4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGIAS CONSECUENCIA DE INFERTILIDAD Y/O PLANIFICACION FAMILIAR.

2.3.4.5. HOSPITALIZACIONES PRACTICADAS COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS O PSICOLOGICOS.

2.3.4.6. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SIDA.

2.3.4.7. HOSPITALIZACIONES PRACTICADAS COMO CONSECUENCIA DE SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA, ESCLEROTERAPIA.

SECCION II

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.

1. DEFINICION DE AMPAROS BASICOS

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 al (o a los) beneficiario(s) 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 Incapacidad Total y Permanente con Beneficios de Desmembración o Inutilización por Accidente o Enfermedad

Si durante la vigencia del presente amparo, al asegurado le es calificada una incapacidad total y permanente, tendrá derecho al valor asegurado alcanzado al momento de la calificación de la incapacidad.

Para efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado, como consecuencia de una lesión o enfermedad no preexistente a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, que le impida total y permanentemente desempeñar su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia, por tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un período continuo no inferior a ciento veinte (120) días contados a partir de la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente; y no haya sido provocada así mismo por el asegurado.

La incapacidad total y permanente podrá ser certificada por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), Entidad Promotora de Salud (EPS), por la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentra afiliado el Asegurado, Junta Regional de Calificación de Invalidez o entidad que haga sus veces. 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 la calificación de Invalidez vigente, donde el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del Asegurado deberá ser mayor o igual al 50%. En caso de discrepancia entre el dictamen del médico o entidad que certifica la invalidez y SURAMERICANA, se tendrá como prueba definitiva el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez o la entidad que haga sus veces.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal:

- 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.

Una vez pagada la indemnización por este amparo 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 sufriera desmembración o inutilización por accidente, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado que tuviere al momento de ocurrencia del accidente; en el evento de desmembración o inutilización por enfermedad, tendrá derecho a reclamar el valor asegurado al momento de ocurrencia de la pérdida o inutilización.

Se considerarán dentro de este amparo las siguientes pérdidas o inutilizaciones con base en el valor asegurado del amparo de Incapacidad total y permanente:

- 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 de la funcionalidad total y permanente.

Para efectos de los amparos de incapacidad total y permanente con beneficios de 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 de los amparos básicos en el 60%. En caso de presentarse una reclamación posterior que afecte a los amparos básicos, la indemnización se hará por el remanente.

2. DEFINICION DE AMPAROS ADICIONALES

2.1. Indemnización Adicional por Muerte Accidental

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. 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 designados, la suma asegurada por este amparo a la fecha del accidente.

2.2. 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, 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.

SURAMERICANA pagará 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 arterio coronaria, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple y trasplante de órganos vitales; 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 al momento del diagnóstico de la enfermedad. El valor asegurado del amparo básico, se reducirá en esa proporción. 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 diagnóstico de la enfermedad deberá ser confirmada por las evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio y deberá presentarse pasados tres (3) meses a la iniciación de la vigencia del presente amparo.

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

DEFINICIONES

Para todos los efectos de este amparo, se entiende por:

2.2.1. Infarto del miocardio

Riego sanguíneo insuficiente, con muerte del músculo cardíaco (miocardio) en una parte del corazón, producido por una obstrucción de una de las arterias coronarias.

El diagnóstico está basado en un episodio que consiste en:

- a. Historia de dolor torácico típico (precordialgia)
- b. Elevación de las enzimas cardíacas (ejemplo, la fracción Mb de la creatininfosfoquinasa y la troponina)
- c. 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
- d. Estudio isotópico o cateterismo cardíaco (coronariografía) que evidencie el infarto

2.2.2. Cirugía arterio coronaria

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias tratadas con una operación de by-pass o puente coronario por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias.

2.2.3. Cáncer

La presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. Esta definición incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin diferente al estadio I.

2.2.4. Enfermedad cerebro vascular

Interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro, bien sea por bloqueo de un vaso sanguíneo (isquemia) o por la ruptura de uno (hemorragia), que produce daño en las células cerebrales y déficit neurológico con duración mayor de 24 horas y persistencia por un período de por lo menos 30 días después de que se presente el evento.

2.2.5. Insuficiencia renal crónica

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

2.2.6. Esclerosis múltiple

El ASEGURADO debe exhibir anomalías neurológicas que hayan existido por un período continuo de por lo menos seis (6) meses o debe haber tenido al menos dos episodios clínicamente documentados (cada cual con una duración mínima de 24 horas y con un intervalo de un mes entre ellos y en diferentes áreas del sistema nervioso central). Esto debe ser evidenciado por síntomas típicos de desmielinización y deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la Resonancia Nuclear Magnética.

2.2.7. 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 arteriales y venosas.

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

2.3. 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 beneficiario(s) designados o de ley, el valor asegurado para este amparo según su porcentaje señalado para el amparo básico.

2.4. Bono para Gastos Educativos

En caso de presentarse la muerte o la incapacidad total y permanente del ASEGURADO por un evento cubierto por la póliza, SURAMERICANA entregará a él o, a falta de éste, a sus beneficiario(s) designados o de ley, el valor asegurado para este amparo según el porcentaje señalado para el amparo básico.

2.5. Renta Diaria por Hospitalización

Si como consecuencia de una enfermedad o accidente, el ASEGURADO tiene que ser hospitalizado para tratamiento médico y/o quirúrgico o le es practicada una cirugía ambulatoria o es incapacitado post-hospitalaria o post-quirúrgica, se le reconocerá una suma diaria sin exceder de 180 días por evento.

Para obtener el derecho a la indemnización, son indispensables los siguiente requisitos:

- a. Que al momento de la hospitalización y/o de la cirugía, el ASEGURADO se encuentre afiliado a una E.P.S., así la hospitalización haya sido realizada por una entidad de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud.
- b. Que la hospitalización y/o la cirugía y la incapacidad post-hospitalaria o post-quirúrgica sean autorizadas o validadas por un médico con vínculo laboral con la E.P.S. y/o IPS a la cual se encuentra afiliado el ASEGURADO, o con contrato de prestación de servicios vigente con ésta.
- c. Que la atención hospitalaria o quirúrgica sea prestada en una de las I.P.S., propias o con contrato de prestación de servicios con la E.P.S. o por Entidad de Medicina Prepagada, Plan Complementario o Póliza de Salud a la cual se encuentre afiliado el ASEGURADO.

- d. Que los costos del tratamiento hospitalario y/o la cirugía, sean pagados por la E.P.S. o por una Entidad de Medicina Prepagada, Plan Complementario o Póliza de Salud a la cual esté afiliado.
- e. Que la hospitalización y/o la cirugía ambulatoria, ocurra estando vigente la póliza.
- f. Para todos los casos, los días de hospitalización y las incapacidades post-hospitalarias o post-quirúrgicas deberán ser validadas por la correspondiente E.P.S. donde se encuentre afiliado el ASEGURADO.

2.5.1. Definiciones

Para todos los efectos de este amparo se entiende por:

2.5.1.1. Hospitalización

Es la permanencia en una Institución Hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

2.5.1.2. Hospital o Clínica

Es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar, en él servicios médicos y quirúrgicos.

2.5.1.3. Enfermedad

Es la alteración de la salud según diagnóstico médico.

2.5.1.4. Cirugía Ambulatoria

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

2.5.1.5. Evento

Comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los asegurados debido a una misma causa o causas relacionadas entre sí.

2.5.2. Tipos de indemnización diaria por renta por hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico, cirugía ambulatoria e incapacidad post-hospitalaria o post-quirúrgica.

2.5.2.1. Cobertura Diaria 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.

2.5.2.2. Cobertura por Cirugía Ambulatoria

Cuando al ASEGURADO se le practique una cirugía ambulatoria dentro de un quirófano de un hospital o clínica, se le reconocerá hasta una vez, la suma asegurada diaria indicada en la carátula de la póliza.

2.5.2.3. Incapacidad Posterior a una Hospitalización para Tratamiento Médico o Quirúrgico o Cirugía Ambulatoria

Si inmediatamente posterior a la salida del hospital o clínica o de cirugía ambulatoria, el ASEGURADO continúa incapacitado, se le reconocerá hasta el 50% de la suma diaria asegurada, por cada día de incapacidad que le sea concedido por la Institución de Salud, sin sobrepasar por evento un máximo de seis (6) días de incapacidad.

2.5.2.4. Cobertura Diaria por Hospitalización para Complicaciones del Embarazo o Parto

Tendrán derecho las mujeres que hayan estado aseguradas por un período mínimo y continuo de trescientos (300) días inmediatamente anteriores a la terminación del embarazo.

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.

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 se revoque por parte del Tomador o ASEGURADO, o no se renueve por parte de la Aseguradora.

5. EDADES

La edad máxima para ingresos y para cambios de planes que generen aumentos de valores asegurados en los amparos de vida, bono para gastos funerarios y bono para gastos educativos será de 70 años, para los amparos de incapacidad total y permanente con beneficio de desmembración por accidente o enfermedad, e indemnización adicional por muerte accidental, la edad máxima de ingreso será de 69 años; para los amparos de enfermedades graves y renta diaria por hospitalización, la edad máxima de ingreso será de 60 años.

La permanencia en los amparos de vida y bono para gastos funerarios será indefinida hasta que el ASEGURADO haga parte del grupo asegurable, para el amparo de bono para gastos educativos será hasta que el ASEGURADO cumpla 80 años. Para los amparos de incapacidad total y permanente con beneficios de desmembración por accidente o enfermedad e indemnización adicional por muerte accidental será hasta que el ASEGURADO cumpla 70 años; para enfermedades graves y renta diaria por hospitalización los amparos terminan cuando el ASEGURADO cumpla 65 años. Se respetará la cobertura hasta la fecha de finalización de la vigencia del seguro en la cual se alcance esta edad.

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. Costo

La prima mensual por persona para cada anualidad será la indicada de acuerdo con el plan seleccionado.

7.2. Pago

EL TOMADOR está obligado a realizar el pago de la prima dentro del plazo establecido en las condiciones particulares del negocio y/o a falta de estas dentro del mes siguiente a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza. 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.

8. RENOVACION 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. REVOCACION 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. DECLARACION 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 DECLARACION 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 TERMINACION

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.
- 12.2. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- 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 incapacidad total y permanente con beneficio de desmembración 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 éste.

14. PRUEBA DEL SINIESTRO Y PAGO DE LA INDEMNIZACION

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, aún 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.

14.1. Por Muerte

- a. Formulario de reclamación.
- b. Original o fotocopia del registro civil de defunción y del registro civil de nacimiento del ASEGURADO fallecido.
- c. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del ASEGURADO fallecido.
- d. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del beneficiario mayor de edad, o fotocopia del registro civil de nacimiento del beneficiario menor de edad.
- e. Historia Clínica completa e Informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- f. Cuando sea el caso de pago a los herederos del ASEGURADO, la prueba de esta calidad.

14.2. Por Incapacidad Total y Permanente con Beneficios de Desmembración o Inutilización por Accidente o

Enfermedad

- a. Formulario de reclamación.
- b. Historia Clínica completa .
- c. Informe y Certificado del médico legalmente habilitado para calificar la invalidez o acreditar la desmembración o inutilización.
- d. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del ASEGURADO.

14.3. Por Muerte Accidental

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

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

14.4. 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:

14.4.1. Por Infarto del miocardio

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

14.4.2. Por cirugía arteri coronaria

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

14.4.3. Por cáncer

- a. Resultado de anatomía patológica.

14.4.4. Por enfermedad cerebrovascular o por insuficiencia renal crónica

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

14.4.5. Por Esclerosis Múltiple

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

14.4.6. Por Transplante de Órganos Vitales

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

14.5. Bono Para Gastos Funerarios

- a. Los mismos requisitos que los exigidos por Muerte.

14.6. Bono Para Gastos Educativos

- a. Los mismos requisitos que los exigidos por muerte o por Incapacidad Total y Permanente según el caso.

14.7. Renta Por Hospitalización

- a. Formulario de la reclamación diligenciada suministrado por la aseguradora.
- b. Certificación de la Entidad Promotora de Salud (E.P.S.) donde conste la autorización de la hospitalización y/o cirugía, el número de días de hospitalización y el número de días de incapacidad Post-hospitalaria o Post-quirúrgica.

15. CLAUSULA DE CONTINUIDAD

Se otorga continuidad de amparo 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 (riesgos o extraprimas, con los amparos que el producto de vida grupo para los docentes tenga vigente y hasta por el mismo valor asegurado).

La continuidad de cobertura implica que cualquier enfermedad, tratamiento o lesión que se haya diagnosticado o presentado durante dicho período no será considerada como preexistente, y en caso de presentarse alguna reclamación por siniestro no habrá lugar a objeción.

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.

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 año continuo, tendrán derecho a ser amparado en las pólizas de vida individual que SURAMERICANA tenga en el mercado.

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

17. PRESCRIPCION

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.



.....

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO
Plan Vida Docentes

SOLICITUD / PÓLIZA PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

Plan Vida Docentes

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



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

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

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

INFORMACIÓN DEL TOMADOR		Número de Identificación	Razon Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
Tipo de Identificación				<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT				
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"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.				Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
Peso (Kg)	Estatura (en Cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)
				Celular
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal).

Valor Solicitado Amparo de Vida	Amparos Vida Grupo Coberturas	Amparos Adicionales Coberturas
Asegurado Principal \$ _____ Cónyuge \$ _____ Hijos \$ _____ Hermanos \$ _____ Otros \$ _____ Parentesco Asegurado Principal _____	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Muerte Accidental Valor asegurado \$ _____ Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves _____ % <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Educativos (pago único) \$ _____	Renta <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización Valor asegurado \$ _____ EPS _____
VALOR PRIMA Según forma de pago pactada \$ _____		

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)				
*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 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

Hipertiroidismo Parálisis Deformidades corporales Ceguera Sordera total o parcial Hernia de columna Perdida 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 Padecimiento

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 Padecimiento

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

4. Alguno de los solicitantes practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente actividades como:

Piloto de aeronaves Vuelo en cometa Paracaidismo Boxeo Montañismo Vuelo en ultralivianos Planeadores Cometas y/o similares

Toreo Automovilismo Motociclismo Bungee Jumping Puenting Rafting Downhill Buceo

Otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos

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

Número de identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia	Número de identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia
1.			3.		
2.			4.		

Observaciones

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - **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: Vuado - U: Unión Libre - D: Divorciado.

CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo.

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(amos) 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:

Autorizo(amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., para que solicite copia íntegra de mi (nuestra) historia clínica a los prestadores de servicios de salud.

Dicha información, deberá contener, el resultado los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse.

Declaro(amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.

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

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) _____

Número Solicitud _____

Firma del Afiliado o Tomador

Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho
Afiliado o Tomador

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Dirección institución educativa

Teléfono

Municipio

AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Plan Vida Integral Plan Vida Clásico Contributivo Plan Vida Clásico No Contributivo Plan Vida Deudores Plan Vida Docentes Plan Vida Familiar

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

NIT 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

T.I. C.C. C.E.

Número de Identificación

Nombres y Apellidos [Primero Nombres, Luego Apellidos]

Ciudad

Departamento

Teléfono (sin Indicativo)

Celular

Dirección

Tipo de ubicación

Correo Electrónico

Residencia Trabajo

INFORMACIÓN DEL DESCUENTO

Código de Nómina

Periodicidad Descuento

Valor a Descontar

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

Número de Documento _____

Firma Solicitante

Número de Documento _____

Índice derecho del Solicitante

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 .

- SURAMERICANA-

RECUERDE FIRMAR LA AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA

.....

$b(y) = 1/PI \int_0^{\infty} f(t) \sin ty dt$
 $f(x) = 1/PI \int_0^{\infty} f(t) \cos y(x-t) dt$



AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Plan Vida Integral Plan Vida Clásico Contributivo Plan Vida Clásico No Contributivo Plan Vida Deudores Plan Vida Docentes Plan Vida Familiar

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 Descontar	Valor en letras
		\$	

AUTORIZACION

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.

VIGILADO por COSEVI

Firma Tomador

Número de Documento _____

Firma Solicitante

Número de Documento _____

Índice derecho del Solicitante

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



Consulta a tu asesor

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
LÍNEA DE ATENCIÓN Bogotá, Cali y Medellín: 437 88 88
Resto del país: 01 800 051 8888

www.suramericana.com