

RECUERDE LA IMPORTANCIA QUE DEL BUEN DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMULARIO, DEPENDERÁ LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

MARQUE EL PRODUCTO POR EL CUAL RECLAMA

NÚMERO DE PÓLIZA _____

Vida Individual Accidentes Personales Juvenil Póliza Salud Surenta Ideal Familiar Surenta Ideal Colectivo Exoneración pago de Primas

Vida Grupo Enfermedades Graves Exequial Medicina Prepagada

Este formulario se suministra sin admisión de responsabilidad alguna y debe ser devuelto a Seguros de Vida Suramericana S.A. de ahora en adelante llamada SURAMERICANA, dando respuesta clara a lo solicitado

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Y/O AFILIADO (Sólo para Pólizas Colectivas)

Tipo de identificación C.C. T.I. PA C.E. NIT | Número de identificación | Razón Social y/o Nombres y Apellidos

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO

Tipo de identificación C.C. T.I. PA C.E. NIT | Número de identificación | Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)

Dirección | Tipo Dirección Residencia Trabajo Otra | Ciudad

Departamento | País (Si es diferente de Colombia) | Teléfono(sin indicativo) | Celular | Fecha Nacimiento
AAAA MM DD

Correo Electrónico | EPS en la cual se encuentra afiliado

Describe las lesiones recibidas o naturaleza de la enfermedad (Si hubo accidente describa cómo y dónde)

USO EXCLUSIVO PARA SOLICITUD DE EXONERACIÓN DE PAGOS DE PRIMAS (SOLO APLICA PARA LAS PÓLIZAS DE VIDA INDIVIDUAL)

Por medio de este documento declaro y acepto que:

Que la invalidez se estructuro antes de cumplir 60 años de edad

Que cese el crecimiento del valor asegurado de la póliza de vida No. _____, desde la fecha que se acepte la reclamación; en caso que la hubiere.

En caso que la solicitud de exoneración de pagos de primas sea aceptada por la compañía, acepto la cancelación de los anexos de mi póliza

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

"En cumplimiento de las previsiones de la ley 23 de 1981, de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normatividad sobre la materia autorizo de manera particular a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado de hospital a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí para que suministre a la Compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo."

Firma del Asegurado

Firma del Tomador y/o Afiliado

Número de identificación del asegurado

Número de identificación del Tomador y/o Afiliado

Huella índice derecho
Asegurado o Tomador

TODAS LAS INDEMNIZACIONES QUE NO SUPEREN LOS 15.000.000 SE PODRÁN GENERAR POR GERENCIA ELECTRÓNICA

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNAR EN CUENTA BANCARIA (Solo para entidades financieras legalmente constituidas en Colombia)

Por medio de este documento declaro y acepto que:

1. La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección y tengo la **calidad de titular**.

2. Si "SURAMERICANA" encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de "SURAMERICANA"

3. Exonero a "SURAMERICANA" de cualquier responsabilidad por el pago de la suma acordada y de cualquier acción para recuperarla, si ésta por error atribuible a inexactitud de la información que he suministrado en esta solicitud, fuera consignada por "SURAMERICANA" en una cuenta bancaria errada de los plazos de la ley.

INFORMACIÓN BANCARIA DEL ASEGURADO

Acepto las anteriores condiciones, por lo tanto solicito y autorizo a "SURAMERICANA" para que en caso de ser aprobada la reclamación, realice la consignación o transferencia de la suma determinada como indemnización según las condiciones del contrato de seguro a la cuenta bancaria que relaciono a continuación.

Entidad Financiera | Número de la cuenta bancaria | Tipo de cuenta Ahorros Cte. | Tipo de Identificación del titular de la cuenta C.C. T.I. PA C.E.

Número Identificación del titular de la cuenta | Nombres y apellidos del titular de la cuenta

PARA USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE

Tipo de identificación (Médico) C.C. PA C.E. | Número de identificación (Médico) | Nombres y Apellidos (Médico)

Especialidad | Registro | Ciudad | Departamento | País (Si es diferente de Colombia)

Teléfono (Sin indicativo) | Dirección | Tipo Dirección Residencia Trabajo Otra

Antecedentes Médicos del Asegurado | Naturaleza de la Enfermedad o lesión (Describe cualquier complicación)

Cuando aparecieron los síntomas o empezó la enfermedad? | Nombre del médico que le remitió el paciente | Especialidad

Cuándo consultó por primera vez debido a esta enfermedad o lesión AAAA/MM/DD | Fecha en la que se diagnosticó la enfermedad o lesión AAAA/MM/DD

Código y descripción de procedimiento principal | Código y descripción de procedimiento secundario

Observaciones

Firma del Médico

Ciudad | Fecha AAAA MM DD

Sello y Firma Autorizada SURAMERICANA

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR SOLUCIONES DE SALUD, MEDICINA PREPAGADA Y SURENTA

Seleccione Tipo de Servicio

Hospitalización Procedimiento Quirúrgico Exámen Diagnóstico Quimioterapia Renta por hospitalización o cirugía Tratamiento Específico

Nombre de la institución donde se realizará el servicio (En caso de que la institución tenga varias sedes indique cual)

Cual _____

EN CASO DE HABER SELECCIONADO RENTA POR HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA

Diagnóstico por el cual fue hospitalizado o atendido	Nombre de la Institución donde fue hospitalizado o atendido	Fecha de Ingreso AAAA / MM / DD	Fecha de Egreso AAAA / MM / DD
--	---	------------------------------------	-----------------------------------

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE (SOLO APLICA PARA SOLUCIONES DE JUVENIL)

Causa del Accidente <input type="checkbox"/> Uso de Motocicleta <input type="checkbox"/> Otros Accidentes	Fecha de Accidente AAAA / MM / DD	Describe el concepto de las facturas
---	--------------------------------------	--------------------------------------

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR SOLUCIONES DE VIDA, VIDA GRUPO, ACCIDENTES PERSONALES, ENFERMEDADES GRAVES, JUVENIL Y EXEQUIAL

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR RENTA DIARIA POR ACCIDENTE

Causa del accidente

<input type="checkbox"/> Uso de Motocicleta <input type="checkbox"/> Otros Accidentes	<input type="checkbox"/> Reclamación Primera vez <input type="checkbox"/> Prorroga incapacidad	Incapacidad desde AAAA / MM / DD	Incapacidad Hasta AAAA / MM / DD
--	---	-------------------------------------	-------------------------------------

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE (Excepto soluciones de juvenil)

Causa del accidente <input type="checkbox"/> Uso de Motocicleta <input type="checkbox"/> Otros Accidentes	Fecha del Accidente AAAA / MM / DD	Describe el concepto de las facturas
---	---------------------------------------	--------------------------------------

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR RENTA HOSPITALARIA

Diagnóstico por el cual fue hospitalizado	Fecha de Ingreso AAAA / MM / DD	Fecha de Egreso AAAA / MM / DD	Requiere Hospitalización en UCI Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. de días <input type="checkbox"/>	Nombre Entidad Hospitalaria
---	------------------------------------	-----------------------------------	---	-----------------------------

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN DESMIEMBROCIÓN O INUTILIZACIÓN

Diagnóstico por el cual fue atendido	Fecha del Diagnóstico AAAA / MM / DD	Causa Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>	Nombre Entidad Hospitalaria donde fue atendido
--------------------------------------	---	---	--

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR CÁNCER

Diagnóstico Emitido por el Médico Tratante	Fecha del Diagnostico AAAA / MM / DD	Tiene resultado de patología? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Resultado patología AAAA / MM / DD
--	---	--	--

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES

Diagnóstico Emitido por el Médico Tratante	Fecha del Diagnostico AAAA / MM / DD	Tiene resultado de patología? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Resultado patología AAAA / MM / DD
--	---	--	--

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ ACCIDENTAL/ ENFERMEDAD/ INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Diagnóstico definitivo que lo llevó a la invalidez	Fecha Estructuración Invalidez AAAA / MM / DD	Entidad Calificadora de la Invalidez
--	--	--------------------------------------

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (SOLO PARA VIDA GRUPO)

Diagnóstico definitivo que lo llevó a la invalidez	Fecha Estructuración Invalidez AAAA / MM / DD	Entidad Calificadora de la Invalidez
--	--	--------------------------------------

USO EXCLUSIVO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR EL AMPARO DE ACCIDENTES PERSONALES MAYORES

Diagnóstico por el cual fue tratado <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Quemaduras	Fecha del Accidente AAAA / MM / DD
--	---------------------------------------

USO EXCLUSIVO PARA RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO

Causa de la muerte <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> Muerte Presunta <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio	Fecha del Fallecimiento AAAA / MM / DD	Hora del Fallecimiento
---	---	------------------------

Lugar y circunstancia de la muerte	Antecedentes médicos del asegurado
------------------------------------	------------------------------------

ENTIDADES HOSPITALARIAS DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO

Nombre Institución	Ciudad	Departamento	Teléfono	Nombre Institución	Ciudad	Departamento	Teléfono
--------------------	--------	--------------	----------	--------------------	--------	--------------	----------

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (sólo en caso de reclamación por fallecimiento)

En caso de ser aprobada la reclamación que he presentado a Suramericana, solicito y autorizo a esta, la consignación o transferencia electrónica en la cuenta bancaria descrita mas adelante, la suma determinada como indemnización según las condiciones del contrato de seguro. Igualmente declaro que he leído y acepto las condiciones de la autorización para consignar en cuenta bancaria que se encuentran en este formulario.

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro	Numero de Identificación	Nombres y Apellidos	Teléfonos	Huella Digital
---	--------------------------	---------------------	-----------	----------------

Dirección	Ciudad	Departamento	Entidad Financiera	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Cte	No. Cuenta	Firma
-----------	--------	--------------	--------------------	---	------------	-------

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro	Numero de Identificación	Nombres y Apellidos	Teléfonos	Huella Digital
---	--------------------------	---------------------	-----------	----------------

Dirección	Ciudad	Departamento	Entidad Financiera	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Cte	No. Cuenta	Firma
-----------	--------	--------------	--------------------	---	------------	-------

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro	Numero de Identificación	Nombres y Apellidos	Teléfonos	Huella Digital
---	--------------------------	---------------------	-----------	----------------

Dirección	Ciudad	Departamento	Entidad Financiera	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Cte	No. Cuenta	Firma
-----------	--------	--------------	--------------------	---	------------	-------

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro	Numero de Identificación	Nombres y Apellidos	Teléfonos	Huella Digital
---	--------------------------	---------------------	-----------	----------------

Dirección	Ciudad	Departamento	Entidad Financiera	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Cte	No. Cuenta	Firma
-----------	--------	--------------	--------------------	---	------------	-------

Para aquellos casos donde la cantidad de Beneficiarios exceda a cuatro (4), se debe diligenciar otro formulario o diligenciar una carta por beneficiario donde se especifique información personal completa, tipo y número de la cuenta bancaria, entidad bancaria donde se depositarán los dineros de la indemnización, teniendo en cuenta las condiciones de la autorización para consignar en cuenta bancaria, que aparecen enumeradas en este formulario.