

Tomador: Nit:	Oficina	Código Promotor	Sucursal	Fecha Solicitud del cliente Día Mes Año
------------------	---------	-----------------	----------	--

El día de inicio de vigencia deberá corresponder al día siguiente al de la firma de la solicitud certificado.

Yo _____ Solicito mi inclusión y/o la de mi grupo familiar, (si lo hubiere) en la póliza mencionada con los amparos seleccionados en la tabla de eventos / coberturas de acuerdo con la forma de pago indicada y Autorizo se haga cargo a mi:

Cuenta de Ahorros Cuenta Corriente Tarjeta de Crédito No. No. De Cuotas

Tipo Tarjeta: Visa Credencial Master Card Entidad Financiera: _____ Vencimiento: año _____ Mes _____
el valor de la prima que cause el seguro objeto de esta póliza de acuerdo con mi edad y la de los demás asegurados de mi grupo familiar, según tabla de primas en la fecha de solicitud y de allí en para forma de cobro "Anual" y "Semestral")

Forma de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

Firma del titular de la _____ Cédula de Ciudadanía _____
cuenta o tarjeta: Número

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Aseg. 1	Tipo doc. de Identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número doc. Identidad	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación o actividad específica	Deporte habitual	Peso (Kgs.)	Estatura (Mts.)	Teléfono
Ciudad		Dirección Domicilio			E-mail	

DATOS DEL CÓNYUGE, PADRE, MADRE

Aseg. 2	Tipo doc. de Identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número doc. Identidad	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación o actividad específica	Deporte habitual	Peso (Kgs.)	Estatura (Mts.)	Teléfono
Ciudad		Dirección Domicilio			E-mail	

Aseg. 3	Tipo doc. de Identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número doc. Identidad	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación o actividad específica	Deporte habitual	Peso (Kgs.)	Estatura (Mts.)	Teléfono
Ciudad		Dirección Domicilio			E-mail	

Aseg. 4	Tipo doc. de Identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número doc. Identidad	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación o actividad específica	Deporte habitual	Peso (Kgs.)	Estatura (Mts.)	Teléfono
Ciudad		Dirección Domicilio			E-mail	

TABLA DE EVENTOS - COBERTURAS

SECCIÓN I. DAÑOS MATERIALES				SECCIÓN II. RESPONSABILIDAD CIVIL			
CD	COBERTURAS	VR. ASEGURADO	PRIMA	CD	COBERTURAS	VR. ASEGURADO	PRIMA
01	Edificio: Incendio y/o Rayo			15	RC Extracontractual (Hasta \$75.000.000)		
02	Edificio: Daños Diversos			16	Gastos Médicos (Hasta 10% de 15)	(Sin cobro adicional de Prima)	0
03	Edificio: Riesgos Políticos			SUBTOTAL SECCIÓN II			
04	Edificio: Terremoto			SECCIÓN III. SEGUROS DE PERSONAS			
05	Contenido: Incendio y/o Rayo (máximo 40% de 1 ó 2)			COBERTURAS	ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
06	Contenidos: Daños Diversos (máximo 40% de 1 ó 2)			16. INTEGRAL VIDA			
07	Contenidos: Riesgos Políticos (máx. 40% de 1 ó 2)						
08	Contenidos: Terremoto (máximo 40% de 1 ó 2)						
09	Contenidos: Sustracción con violencia (máximo 40% de 1 o 2)			17. HDI COLLEGE	Definidos más adelante en cuadro asegurados - Beneficiarios Creciente por muerte e incapacidad total y permanente.		
10	Contenidos: Sustracción sin violencia (máx. el 20% de 9)	(Sin cobro adicional de Prima)	0				
11	Contenidos: Gastos Adicionales sustracción con violencia (5% de 9)	(Sin cobro adicional de Prima)	0	18. ACCIDENTES PERSONALES			
12	Contenidos: Equipo electrónico (10% de 1 o 2)						
13	Contenidos: Todo Riesgo (5% de Cont o 2% de Inmb)						
14	Gastos adicionales para edificio y contenidos por incendio, daños diversos y riesgos políticos (10% de 1 + 5)	(Sin cobro adicional de Prima)	0				
SUBTOTAL SECCIÓN I				SUBTOTAL SECCIÓN III			

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE CERTIFICADO DE SEGURO:

A. AUTORIZACIÓN DEL CARGO DE LA PRIMA DE SEGURO: Autorizo (a el Banco o la entidad financiera)_____ para cargar a mi tarjeta de crédito o debitar de la cuenta antes mencionada el valor que corresponde a la prima del presente seguro o el de sus renovaciones si fuere el caso. Como titular de la tarjeta o cuenta declaro que conozco que si no mantengo el cupo disponible o los fondos suficientes para el pago de la prima en el plazo establecido, dentro de los 60 días de cada periodo pactado, la póliza terminará por mora en el pago de la prima. Conozco y acepto que el débito o cargo sólo se realizará por el monto total de la cuota para el período correspondiente, que en ningún caso se realizarán cobros parciales del valor de la prima para el período pactado; por lo que si en el plazo establecido para el pago no tengo los fondos suficientes para el débito o cargo correspondiente al valor de la prima, ésta no será descontada e incurriré en mora en el pago de la misma. La autorización de débito o cargo a la tarjeta se otorga sólo por el monto correspondiente al pago total de la prima del seguro y/o de sus renovaciones si fuere el caso.

B. RENOVACIÓN: Mediante este documento solicito, autorizo expresamente a HDI Seguros Colombia S.A. a renovarlo de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que LA COMPAÑÍA, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a 15 días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

C. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (Artículo 1068 del Código de Comercio).

D. PERÍODOS DE CARENANCIA: Conforme a las condiciones generales no se cubren, entre otras, eventos derivados de causas preexistentes que hayan sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado antes de la contratación del seguro. Las coberturas de enfermedades graves, SIDA, homicidio y suicidio, comienzan (90) días después de iniciada la vigencia del seguro.

E. En caso de presentarse un siniestro que afecte esta solicitud-certificado, el convenio de pago de primas pactado se dará por terminado, por lo cual del monto de la indemnización se descontará el valor de las primas adeudadas, hasta completar la prima anual.

F. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO: A) En caso que HDI Seguros Colombia S.A. llegare a comprobar que yo o mi grupo familiar, tenemos vigente(s) más certificados de la póliza "Plan Familia" y que la sumatoria del valor asegurado, incluido el presente, supera el máximo valor asegurado individual a contratar aprobado para la Sección III - Seguros de personas "Plan Familia" (242SMMLV), solicito expresamente la revocación del presente certificado a partir de la fecha de iniciación de su vigencia. La aseguradora devolverá las primas a que haya lugar. **B) INCREMENTO DE VALOR ASEGURADO:** Autorizo a HDI Seguros Colombia S.A. a incrementar anualmente el valor asegurado de acuerdo con el índice de precios al consumidor (I.P.C.) del año inmediatamente anterior. **C) AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA:** Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo antes y aún después de mi fallecimiento expresamente a HDI Seguros Colombia S.A., para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica, aún después de mi fallecimiento. **D)** Autorizo a HDI Seguros Colombia S.A. para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha de expedición de esta solicitud certificado y durante la vigencia de este seguro, en cualquier momento la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora, o cualquier central de información o base de datos. **E)** Declaro que en la fecha de expedición de esta solicitud certificado individual, he recibido en cuadernillo separado las condiciones generales de PLAN FAMILIA, las cuales declaro conocer y aceptar.

G. DEDUCIBLES: Riesgos políticos 10% del valor de pérdida mínimo 1 SMMLV, Terremoto 3% del valor asegurable (edificio mas contenidos) mínimo 3 SMMLV, Sustracción con y Sin Violencia 10% del valor de pérdida mínimo 1 SMMLV, Gastos adicionales por sustracción no aplica deducible, Equipo Eléctrico y Electrónico 10% del valor de pérdida mínimo 1 SMMLV. Responsabilidad Civil Extracontractual: 10% el valor de la pérdida mínimo 1 SMMLV. Gastos adicionales por incendio, daños diversos y riesgos políticos 10% del valor de pérdida, mínimo 1 SMMLV. Todo riesgo 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMDLV. Demás eventos no aplica deducible.

H. Los textos de los amparos y cláusulas ofrecidas en la presente cotización son los de la póliza HDI Seguros Colombia S.A. (Plan Familia) registrados en la Superintendencia Financiera.

S.M.D.L.V.: Salario Mínimo Diario Legal Vigente.

I. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN: Autorizo de manera expresa a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., a y HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

J. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS: Autorizo a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. Nit. 860.039.988-0, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, o derivada del contrato de seguros que se celebre, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de a) su vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas incluidas en el(los) contrato(s) de seguro(s); b) para la ejecución del (los) contrato(s) de seguro(s); c) Para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s); d) el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Así mismo, para que la(s) aseguradora(s) pueda(n) transferir sus datos personales y/o los del grupo asegurado a: a) su(s) intermediario(s) de seguros; b) A los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior; c) A FASECOLDA (Federación de Aseguradores Colombianos) E INVERFAS (Entidad vinculada a FASECOLDA para soluciones informáticas).

Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.hdiseguros.com.co y también pueden ser solicitadas a atencioncliente@hdiseguros.com.co o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. 3) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Autorizo a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., para cargar a mi tarjeta de crédito o debitar de la cuenta antes mencionada el valor que corresponde a la prima del presente seguro o el de sus renovaciones si fuere el caso. Como titular de la tarjeta o cuenta declaro que conozco que si no mantengo el cupo disponible o los fondos suficientes para el pago de la prima en el plazo establecido para ello en cada periodo pactado dentro de los 16 primeros días hábiles de cada periodo pactado, la póliza terminará por mora en el pago de la prima. Conozco y acepto que el débito o cargo sólo se realizará por el monto total de la cuota para el período correspondiente, que en ningún caso se realizarán cobros parciales del valor de la prima para el período pactado; por lo que si en el plazo establecido para el pago no tengo los fondos suficientes para el débito o cargo correspondiente al valor de la prima, ésta no será descontada e incurriré en mora en el pago de la misma. La autorización de débito o cargo a la tarjeta se otorga sólo por el monto correspondiente al pago total de la prima del seguro y/o de sus renovaciones si fuere el caso.

K. DECLARACIÓN: Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto CLAUSULADO PLAN FAMILIA HDI 02/01/2025-1333-P-25-HOME04630001H058-DR01, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que la aseguradora haga del mismo de manera expresa.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

NOTA: POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

Fecha de Diligenciamiento		
Día	Mes	Año


HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.
(Firma Autorizada)

Nombre
Firma

Huella Dactilar
Índice Derecho

Huella Dactilar
Índice Derecho

Huella Dactilar
Índice Derecho

Huella Dactilar
Índice Derecho

Promotor o Intermediario	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
C.C. No.	C.C. No.	C.C. No.	C.C. No.	C.C. No.