

Sucursal	Fecha de Solicitud Año Mes Día	Póliza
----------	-----------------------------------	--------

VIGENCIA SOLICITADA

Desde Año Mes Día	Hasta Año Mes Día	Hora: 4:00 p.m.	Forma de Pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual
No. de Póliza Anterior y Compañía			

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos o Razón Social		Nombre(s)		Documento de identidad ☐ NIT ☐ C.C. ☐ T.I.	
Dirección Residencia (DR)			Ciudad	Departamento	Teléfono
Dirección Comercial (DC)			Ciudad	Departamento	Teléfono
E-mail			Envío de Correspondencia DR ☐ DC ☐ A.A. ☐ Intermedio ☐		

INFORMACIÓN ASEGURADOS (En caso de ser más de cuatro adjunte relación con la misma información incluyendo Beneficiarios)

No.	Tipo Documento	No.	Apellidos	Nombres	Sexo		Fecha Nacimiento			Parentesco	Ocupación
					M	F	AAAA	MM	DD		
1.											
2.											
3.											
4.											

INFORMACION BENEFICIARIOS

No. Asegurado	Tipo Documento	No.	Apellidos	Nombres	Parentesco	%

AMPAROS CONTRATADOS

Descripción		Valor Asegurado (\$)	Prima (\$)
Amparos Básicos Amparos Adicionales	Muerte Accidental		
	Incapacidad Total y permanente por accidente		
	Desmembración		
	Incapacidad total temporal		
	Gastos médicos por accidente		
	Cobertura amplia de vuelo		
	Homicidio		
	Auxilio Funerario		
	Gastos de Traslados		

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL (LOS) ASEGURADO(S) AL(A LOS) QUE SE HACE REFERENCIA.

Maneja aviones, avionetas, helicóptero o cometa?	SI ☐ NO ☐ (Explicar)
Trabaja con explosivos, materias inflamables o peligrosas?	SI ☐ NO ☐ (Explicar)
Negocia en piedras preciosas?	SI ☐ NO ☐ (Explicar)
Negocia en joyas?	SI ☐ NO ☐ (Explicar)
Practica algún deporte a nivel profesional?	SI ☐ NO ☐ (Cuál)
Otros deportes que practica a nivel aficionado?	SI ☐ NO ☐ (Cuál)
Tiene algún defecto físico?	SI ☐ NO ☐ (Explicar)

Yo, _____ autorizo se descuente el valor correspondiente de la prima, con cargo a:			
Cuenta de Ahorros ☐	Cuenta Corriente ☐	Tarjeta de Crédito ☐	No. de Cuotas No. _____
Tipo de Tarjeta Visa ☐ Diners ☐ Credencial ☐ Master Card ☐ American Express ☐		Entidad Financiera	Número de Tarjeta
Si es pago de contado marque con una "X" (recuerde que el pago de contado sólo se permite para forma de cobro "Anual y Semestral") Efectivo ☐ Cheque ☐		Firma del Titular de la Cuenta o Tarjeta _____ C.C. No. _____	

Fecha

Año

Mes

Día

La recepción de la presente solicitud de seguro no implica aceptación de la misma por parte de La Aseguradora. El seguro entrará en vigor solamente cuando haya notificado su aceptación por escrito. El solicitante manifiesta que todas las respuestas contenidas en esta solicitud son exactas, completas y verídicas, y declara que en el evento de que sea aprobada su solicitud, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada, eximirá a La Aseguradora de responsabilidad y de toda obligación de indemnizar. El solicitante autoriza a La Aseguradora para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria, la información que crea necesaria relacionada con la salud del solicitante, incluyendo la historia clínica.

TOMADOR

INTERMEDIARIO

RESPONSABLE HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.

C.C. o NIT

C.C. o NIT

C.C. o NIT

Autorización de consulta y reporte a centrales de información: "Autorizo de manera expresa a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. o 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.

Autorización Tratamiento de Datos: Autorizo a HDI Seguros Colombia S.A., en adelante La Compañía, para que con fines, comerciales realicen envío de información de ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de La Compañía, estadísticos, financieros y administrativos, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte, y divulgue con su matriz, filiales, subsidiarias, Fasecolda e Inverfaz y contratistas, la información confidencial (datos personales) que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Además, me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual y autorizo a La Compañía a actualizar o enriquecer toda mi información con aquella que reposa en las centrales de información financiera. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de La Compañía me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).De igual forma AUTORIZO a La Compañía y a las entidades que éstas deleguen a que me contacten para los propósitos anteriormente señalados a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales lo indicaré por escrito a La Compañía.

Autorización de Historia clínica: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento."

Autorización de renovación del contrato: ("en caso de celebrarse el contrato de seguros que mediante este documento solicito, autorizo expresamente al intermediario a renovarlo de manera automática por periodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que La Aseguradora, 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 noventa (lo define cada área pero no puede ser menor a UN MES) 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.

Cláusula de declaración de conocimiento de las condiciones que aplicarían al contrato de seguro que se solicita. "Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro Accidentes Personales 02/01/2025-1333-P-31-ACCPERSONPLUS03A-D00I, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora"

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.

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

Cláusula de solicitud de revocación por inclusión en listas restrictivas: Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud la revocación del presente seguro, al vencimiento de la vigencia que este cursado, en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la aseguradora.

Declaración de Asegurabilidad:

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

FIRMA DEL ASEGURADO(S),

C.C. o NIT

Huella Índice Derecho