HDI SEGUROS

Solicitud de Seguro de Salud HDI

Este formulario debe ser diligenciado única y exclusivamente por el asegurado. Los funcionarios de la aseguradora, intermediarios de seguros o instituciones financieras no deben diligenciarlo.

DATOS DEL TOMADOR

Razón Social de la Empresa	Tipo Documento C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ NIT. ☐	Nº Documento	DV

Dirección	Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular

DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (EMPLEADO O PERSONA QUE TENGA VINCULO PRINCIPAL CON EL TOMADOR)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo Documento	No. Documento	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Dirección
C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ T.I. ☐ R.C. ☐		AP	F ☐ M ☐	Día Mes Año	

Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular	Nombre EPS

TIPO DE PRODUCTO

☐ Colectivo
☐ Individual
☐ Otro

Plan: ☐ Básico ☐ Superior ☐ Premium ☐ Otro _____

Amparos Adicionales: ☐ Consulta Externa en Red ☐ Consulta Externa fuera de Red

Forma de Pago: ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Mensual

Inicio de Vigencia del Grupo Asegurado		
Día	Mes	Año

DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR (INCLUYE EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y FAMILIARES)

No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo Documento	Número de Identificación	Parentesco	Sexo	Peso (kgs)	Estatura (cms)	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Nombre EPS	① Amparos Opcionales
1					C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐		AP								
2					C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐										
3					C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐										
4					C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐										
5					C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐										

Tipo Documento
C.C.: Cédula de Ciudadanía
C.E.: Cédula Extranjería
P.A.: Pasaporte
T.I.: Tarjeta de Identidad
R.C.: Registro Civil

Parentesco
AP: Asegurado Principal
CO: Cónyuge o compañero
HI: Hijo
PA: Progenitor
HE: Hermano
NI: Nieto
TI: Tio
SO: Sobrino
SU: Suegro

NOTA: Si existen más solicitantes, favor diligenciar en otra solicitud.

PARA ESTUDIO DE CONTINUIDAD

Es indispensable para este estudio, adjuntar el certificado de antigüedad y preexistencias de cada una de las personas a asegurar

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y AUTORIZACIONES PARA CADA UNO DE LOS SOLICITANTES

Usted o alguno de los solicitantes ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad, lesión o incapacidad relacionada con:	SOLICITANTE NÚMERO 1		2		3		4		5	
1 Padece o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Trastornos Neurológicos, Cardiovascular, Pulmonares, Gastrointestinales, Renales, Endocrinos, Autoinmunes, Genitales, ETS, Cáncer, Desordenes Sanguíneos, Psiquiátricos y Alcoholismo o Drogadicción. Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnostico	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
2 En su leal saber o entender, conoce la existencia de otra Enfermedad, ¿patología o trastorno adicional a los mencionados anteriormente? ¿Actualmente se encuentra bajo algún estudio médico o se diagnosticó recientemente alguna Patología? ¿Ha sido sometido a alguna cirugía? ¿Tiene procedimientos pendientes? Explique detalladamente	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
3 Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
4 ¿Ha sido Hospitalizado alguna vez? Explique detalladamente	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
5 SOLO PARA MUJERES ¿Se encuentra en Embarazo? Informe las semanas de Gestacion ¿Ha tenido complicaciones en los embarazos anteriores?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
6 ¿Actualmente se encuentra afiliado a algún Plan Complementario de Salud, Prepagada o Póliza de Salud? Informe el nombre y la fecha de ingreso	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

Número Pregunta	Número Solicitante	Enfermedad / Lesión - Medicamento	Operado	Tratado	Fecha Comienzo Día	Mes	Año	Médico Tratante	Fecha Terminación Día	Mes	Año
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐							

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AUTORIZACIONES

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 seguro que se solicita, para ello es indispensable la aceptación escrita que la aseguradora haga del mismo.

Declaro que se me informó y acepto que cualquier patología, afección o condición médica preexistente diagnosticada manifiesta con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza o a la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

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 medica u odontológica en Colombia o en el exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la historia clínica completa respectiva, aun después de mi fallecimiento.

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 seguro al vencimiento de la vigencia en curso en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la aseguradora.

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.

Huella Dactilar

Índice Derecho

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____

Firma Tomador-Titular/Solicitante Principal

TD _____ No. _____ de _____