

Fecha de Solicitud		
Día	Mes	Año

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo		Identificación		Tipo CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		Fecha Nacimiento Día Mes Año	
Dirección		Ciudad	Departamento		Teléfono		Celular
Ocupación (Detallada)	E-mail		Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Peso Kg	Estatura Mts	Cálculo IMC

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Parentesco	Porcentaje %

SEGURO SOLICITADO - MODALIDAD VALOR ASEGURADO

Cobertura	Opción 1 <input type="checkbox"/>	Opción 2 <input type="checkbox"/>	Opción 3 <input type="checkbox"/>	Opción 4 <input type="checkbox"/>	Opción 5 <input type="checkbox"/>	Opción 6 <input type="checkbox"/>
Básico - Muerte por cualquier causa - Preexistencias	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000	\$ 70.000.000	\$ 100.000.000	\$ 150.000.000
Incapacidad Total y Permanente	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000	\$ 70.000.000	\$ 100.000.000	\$ 150.000.000
Muerte Accidental	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000	\$ 70.000.000	\$ 100.000.000	\$ 150.000.000
Enfermedades Graves al 70% de lo contratado en el básico	\$ 14.000.000	\$ 21.000.000	\$ 35.000.000	\$ 49.000.000	\$ 70.000.000	\$ 105.000.000
Auxilio Funerario como suma adicional	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000	\$ 7.000.000	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000
Renta por Fallecimiento, pago único	\$ 2.000.000	\$ 2.500.000	\$ 3.000.000	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000	\$ 6.000.000
Renta por Incapacidad Total y Permanente, pago único	\$ 2.000.000	\$ 2.500.000	\$ 3.000.000	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000	\$ 6.000.000
Renta por Diagnóstico de una Enfermedad Grave, pago único	\$ 2.000.000	\$ 2.500.000	\$ 3.000.000	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000	\$ 6.000.000
Incapacidad Total Temporal, valor diario	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 30.000	\$ 50.000	\$ 80.000	\$ 100.000
Renta Diaria por Hospitalización (enfermedad o accidente), valor diario máximo 30 días	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 50.000	\$ 70.000	\$ 100.000	\$ 150.000
Renta Diaria Post Hospitalaria (enfermedad o accidente), valor diario máximo 10 días	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 50.000	\$ 70.000	\$ 100.000	\$ 150.000
Renta Diaria por UCI (enfermedad o accidente), valor diario máximo 15 días	\$ 40.000	\$ 60.000	\$ 100.000	\$ 140.000	\$ 200.000	\$ 300.000
Auxilio de Gastos de Traslado	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000	\$ 2.500.000	\$ 3.000.000	\$ 3.500.000
Prima Mensual para edades de 18 a 60 años	\$ 7.000	\$ 10.500	\$ 17.500	\$ 24.500	\$ 35.000	\$ 52.500
Prima Mensual para edades de 61 a 67 años	\$ 18.250	\$ 27.375	\$ 45.625	\$ 63.875	\$ 91.250	\$ 136.875

Forma de Cobro Elegida	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Pago Directo <input type="checkbox"/>	Pago por Nómina <input type="checkbox"/>	
Cuadro de Primas	Asegurado Principal	Cónyuge	Hijos	Hermanos	Progenitores
Prima por Persona	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL PRIMA A PAGAR					\$

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	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Nombre EPS	Peso (Kgs)	Estatura (cms)	Calculo IMC
1					C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		AP						
2					C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
3					C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
4					C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

Tipo Documento
 C.C.: Cédula de Ciudadanía T.I.: Tarjeta de Identidad
 C.E.: Cédula Extranjería AP: Asegurado Principal
 P.A.: Pasaporte CO: Cónyuge o compañero permanente
 HI: Hijo PA: Progenitor HE: Hermano

Parentesco
 AP: Asegurado Principal
 CO: Cónyuge o compañero permanente
 HI: Hijo PA: Progenitor
 HE: Hermano

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

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1.	1. Padece o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Trastornos Neurológicos, Cardiovascular, Pulmonares, Gastrointestinales, Renales, Endocrinos, Autoinmunes, Genitales, ÉTS, Cáncer, Desordenes Sanguíneos, Psiquiátricos y Alcoholismo o Drogadicción. Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.	Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? ¿Conoce la existencia de patología de oído, antecedentes de disfonía o afonía? Sufre de alguna patología de miembro tal como síndrome del manguito rotador, tendinitis, túnel del carpo o trastornos en rodilla? ¿Tiene patología en columna como hernias? Antecedentes de depresión y/o ansiedad? ¿Se ha documentado alguna discapacidad o invalidez? ¿Ha sido valorado por alguna Junta Medica de Incapacidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.	UNICAMENTE PARA FUMADORES ¿Fuma diariamente más de un paquete diario (20 cigarrillos)? ¿Cuántos paquetes fuma al día? ¿Desde hace cuántos años? Suministre detalles	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.	SOLO PARA MUJERES ¿Se encuentra en embarazo? Informe las semanas de gestación ¿Ha tenido complicaciones en los embarazos anteriores	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6.	¿Practica algún deporte considerado de alto riesgo? Automovilismo, buceo, carreras de autos, motociclismo entre otros. Suministre detalles	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7.	¿Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado o Extraprimado una solicitud de seguro de Vida? Amplie la información	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8.	¿Las actividades a las que se dedica son lícitas y se ejercen dentro de los marcos legales?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9.	¿Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

No.	Nombres y Apellidos	Tipo Documento	Número de Identificación	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3	Respuesta Pregunta 4	Respuesta Pregunta 5	Afección o Enfermedad	Fecha de Diagnóstico	Día	Mes	Año
1		C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
2		C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
3		C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
4		C.C. C.E. PA TI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									

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, 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 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 treinta (30) 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.** “Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto **Póliza de Seguro de Vida Grupo Empresarial HDI forma 11/02/2025-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-D001** las cuales se encuentran disponibles en la a página web de La Aseguradora www.hdiseguros.com.co **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.

CERTIFICAMOS: (1) Conocemos que la presente Póliza de Vida Grupo excluye las Enfermedades Diagnosticadas y/o que se hayan manifestado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro, así como los accidentes ocurridos con anterioridad al inicio de vigencia. **(2)** Certificamos que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y por tanto, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada se sancionará de acuerdo con lo previsto en los artículos 1058,1158 y 1161 del Código del Comercio.

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.

COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO INCLUIDO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HEMOS SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EN CONSTANCIA DE ELLO, EL PRESENTE DOCUMENTO. EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS”. (ARTÍCULO 1152 CÓDIGO DE COMERCIO)

NOTA: 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.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGUROS. Art.1152 del Código de Comercio.

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. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD Y FIRMAR TODAS LAS COPIAS DE ESTA SOLICITUD Y COLOCAR SU HUELLA EN CADA UNA DE ELLAS.


HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.
 Firma Autorizada

ASEGURADO PRINCIPAL
 C.C. No.

CLAUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.

Yo _____, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° _____, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (en adelante LA COMPAÑÍA) identificados con Nit. 860.039.988-0 respectivamente, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.hdiseguros.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencion.cliente@hdiseguros.com.co o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LA COMPAÑÍA, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo en caso que suscriba con LA COMPAÑÍA, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para mi vinculación como Tomador/ Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del Fraude; ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros; iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos; v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora; vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas LA COMPAÑÍA y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LA COMPAÑÍA tales como asesores y consultores; a mi(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA COMPAÑÍA, tales como: ajustadores de seguros, call centers, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos;
2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA COMPAÑÍA.
3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados; y para ofrecerme otros productos y servicios de LA COMPAÑÍA:

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y/O TRANSMISION DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada del contrato de seguros que suscriba con HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., sea compartida, intercambiada, transmitida, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., subsidiarias y filiales de la Matriz o de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) los Coaseguradores y Reaseguradores en Colombia o en el exterior, iii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iv) para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., para que con fines estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

Firma _____ Documento de identidad _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____