

Sucursal	Fecha		
	Día	Mes	Año
Ramo Vida	Póliza		

TOMADOR - COLEGIO

Entidad Contratante COLEGIO ROCHESTER	NIT. 860001930		
E-mail mariveljimenez@expertiacolombia.com	Dirección Autopista Norte, km 15	Ciudad Chía, Cundinamarca	Teléfono (601) 9172171

ASEGURADO PADRE

Nombres y Apellidos		Cédula de Ciudadanía número	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña		
Dirección Residencia		Ciudad	Departamento		
Teléfono	Celular	Peso aproximado en Kilogramos	Estatura	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

ASEGURADO MADRE O ACUDIENTE

Nombres y Apellidos		Cédula de Ciudadanía número	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña		
Dirección Residencia		Ciudad	Departamento		
Teléfono	Celular	Peso aproximado en Kilogramos	Estatura	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

AMPAROS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
AMPARO BÁSICO DE VIDA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
AUXILIO FUNERARIO	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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 diagnóstico	Padre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Madre 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"/>	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 Médica de Incapacidad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ha ejercido dentro de los marcos legales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

BENEFICIARIOS DEL SEGURO HIJO(S)

Apellidos y Nombres	Tipo Docum.	Número Identificación	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Edad	%
			Día Mes Año			
			Día Mes Año			
			Día Mes Año			

AUTORIZACIONES

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 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 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 **Poliza de Seguro de Vida Grupo Empresarial HDI 02/01/2025-1333-NT-P-34-VIDAGRUPOTO000000** las cuales se encuentran disponibles en la página web de La Compañía www.hdiseguros.com.co

DECLARÓ 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.

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 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.

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

Firma del solicitante (Padre)

C.C. No. _____ de _____

Firma del solicitante (Madre)

C.C. No. _____ de _____