



Solicitud de Seguro Vida Grupo HDI

Favor diligenciar este formato en letra imprenta

Fecha		
Día	Mes	Año

TOMADOR

Entidad Contratante		NIT.	
E-mail		Celular	Ciudad

ASEGURADO

Nombres y Apellidos		Tipo y Número de Identificación		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 ☐ F ☐	Valor Asegurado Solicitado \$		

SEGURO DE VIDA VIGENTE O EN TRAMITE QUE TIENE EL SOLICITANTE

Compañía	Ramo - No. Póliza	Valor Asegurado o Solicitado	Amparos Adicionales	Año Expedición

AMPAROS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
AMPARO BÁSICO DE VIDA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	
ENFERMEDADES GRAVES	
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 diagnostico	SI ☐ NO ☐
*Derecho al olvido oncológico: No está obligado a declarar el estado del riesgo los tomadores o asegurados que hayan padecido y superado la enfermedad de cáncer si han transcurrido cuatro (4) años desde la finalización de tratamiento con curación total y sin recaídas ni reincidencias, o dos (2) años si el diagnóstico se realizó siendo menor de edad. Para efectos de acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 2475 de 2025, la aseguradora podrá solicitar durante el proceso de asegurabilidad una certificación médica que incluya como mínimo: Identificación del paciente, diagnóstico oncológico (tipo y estadio), tratamientos recibidos, fecha de finalización del tratamiento activo, estado actual de la enfermedad (remisión completa o ausencia de evidencia de enfermedad), tiempo libre de enfermedad, constancia de ausencia de recaída, identificación, firma y registro del médico especialista tratante	
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 ☐ NO ☐
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 ☐ NO ☐
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 ☐ NO ☐
5. SOLO PARA MUJERES ¿Se encuentra en embarazo? Informe las semanas de gestación ¿Ha tenido complicaciones en los embarazos anteriores?	SI ☐ NO ☐
6. ¿Practica algún deporte considerado de alto riesgo? Automovilismo, buceo, carreras de autos, motociclismo entre otros. Suministre detalles	SI ☐ NO ☐
7. ¿Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado o Extraprimado una solicitud de seguro de Vida? Amplie la información	SI ☐ NO ☐
8. ¿Las actividades a las que se dedica son lícitas y se ejercen dentro de los marcos legales?	SI ☐ NO ☐
9. ¿Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad?	SI ☐ NO ☐

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Número Identificación	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	%

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 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 **Poliza de Seguro de Vida Grupo Empresarial HDI 15/04/2026-1333-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.

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.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Autorizo a HDI Seguros Colombia S.A., y HDI Compañía de Inversiones y Servicios S.A.S., en adelante Las Compañías, 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 Las Compañías, 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 Las Compañías 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 Las Compañías 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 Las Compañías 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 Las Compañías.

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.

Huella Dactilar

Para constancia se firma en

a los

días del mes de

de

Índice Derecho

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. No.

DE