



SOLICITUD SEGURO MODULAR DE VIDA GRUPO EMPRESARIAL

HDI SEGUROS S.A.
NIT 860004875-6

PÓLIZA HDI SEGUROS

CLAVE INTERMEDIARIO

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

F-004492-08

REV. Sep. 2022

DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD

SUCURSAL	BOGOTÁ	FECHA SOLICITUD			DATOS DEL TOMADOR			
CIUDAD	BOGOTÁ	Día	Mes	Año	RAZÓN SOCIAL		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN
		20	9	2017	CARGA DE COLOMBIA S.A		NIT 800251489 - 9	
DIRECCIÓN				TELÉFONO				
TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	TELÉFONO	TIPO	CELULAR	
1	CALLE 24 B BIS # 65 A - 15 BL 8 OFI 4	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	2	477-8956	4	(315) 648-2596	

Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Otra Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Fax 6. Otra

DATOS PERSONALES ASEGURADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		
CAMARGO	ALFONSO	CAMILO ANDRÉS		Día	Mes	Año
				24	6	1982
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	GÉNERO	SALARIO		FECHA DE INGRESO/MOD.	
<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input checked="" type="radio"/> Otro PASAPORTE No. 80.458.658.LKH	BOGOTÁ	F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	\$ 40.160.789		Día	Mes
					26	5
NIVEL EDUCATIVO				PROFESIÓN U OCUPACIÓN		
Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/> DIPLOMADO				DIRECTOR FINANCIERO		
ESTADO CIVIL			NO. HIJOS	TIPO DE VIVIENDA		
Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>			1	Propia <input checked="" type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
TIPO DE PERSONA		ESTRATO		CORREO ELECTRÓNICO		
Natural <input checked="" type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/>		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 6		CAMILO_DIAZ78@GMAIL.COM		
TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	NÚMERO DE TELÉFONO	
3	CALLE 125 # 21 A - 27	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	4	476-9315	
4	CALLE 127 B BIS # 53 A - 78	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	CELULAR	(321) 456-7896	

Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Otra Tipo: 1. Oficina principal 2. Comercial 3. Representante legal 4. Domicilio 5. Fax 6. Otra

INFORMACIÓN DEL SEGURO - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)

* MÓDULO	COBERTURAS	ASEGURADO PRINCIPAL		CÓNYUGUE		HIJO		PADRES	
		PLAN	VALOR ASEGURADO	PLAN	VALOR ASEGURADO	PLAN	VALOR ASEGURADO	PLAN	VALOR ASEGURADO
<input checked="" type="checkbox"/> VIDA	Vida	R	\$ 30.000.000	R	\$ 30.000.000				
	Incapacidad Total y Permanente	R	\$ 30.000.000	R	\$ 30.000.000				
	Enfermedades Graves como Anticipo	R	\$ 15.000.000	R	\$ 15.000.000				
	Renta para Gastos de Hogar por 12 meses	R	\$ 15.000.000	R	\$ 15.000.000				
	Auxilio de Exequias	R	\$ 15.000.000	R	\$ 15.000.000				
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales	Muerte Accidental (Suma Única)								
	Invalidez por Accidente (Suma Única)								
	Desmembración (Según Tabla) Hasta								
	Renta para Gastos de Estudio por 12 meses (por C/hijo menor 18 años)								
	Asistencia por Emergencia Oftalmológica*								
<input checked="" type="checkbox"/> Renta Hospitalaria	Renta Diaria Por Hospitalización	R	\$ 60.000	R	\$ 60.000	R	\$ 60.000		
	Renta Diaria Por Uci	R	\$ 120.000	R	\$ 120.000	R	\$ 120.000		
	Renta Diaria Post Hospitalaria	R	\$ 30.000	R	\$ 30.000	R	\$ 30.000		
	Cirugía Ambulatoria	R	\$ 30.000	R	\$ 30.000	R	\$ 30.000		
	Auxilio Por Maternidad	R	\$ 60.000	R	\$ 60.000	R	\$ 60.000		

(*) Grupo Familiar Básico para Asistencia Oftalmológica: Solteros: Asegurado Principal, Hijos ó hermanos menores de 35 años y Padres menores de 65 años
Casados: Asegurado Principal, Cónyuge, Hijos menores de 25 años y Padres menores de 65 años

INFORMACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)

No.	PA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		* ESTATURA (mts)	* PESO (Kg)	PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO
					TIPO	NÚMERO	Día	Mes	Año	F	M			
1	AP	CAMARGO	ALFONSO	CAMILO ANDRÉS	PAS	8012564	9	11	1983	<input checked="" type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	1.82	80	\$ 17.781	
2	CO	MAYORGA	SALAZAR	CAROLINA	C.C.	5234729	23	5	1987	<input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M	1.70	65	\$ 17.781	
3	HI	CAMARGO	MAYORGA	VALENTINA	R.C	102456789	24	5	2016	<input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M	0.80	20	\$ 3.432	
4										<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M				
5										<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M				
6										<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M				
7										<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M				
8										<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M				

Parentesco: Asegurado principal (AP), Hijos (HI), Padres (PA), Cónyuge (CO).	FORMAS DE PAGO		PRIMA TOTAL GRUPO FAMILIAR SEGÚN FORMA DE PAGO	\$ 38.994
	Anual <input checked="" type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Otro _____			

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

ASEGURADO PRINCIPAL					CÓNYUGUE(CO) / PADRES(PA)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%	CO/PA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%
CAMARGO	ALFONSO	ERWIN	HERMANO	21	CO	MAYORGA	SALAZAR	CARMEN	CUÑADA	100
MAYORGA	SALAZAR	CAROLINA	ESPOSA	48						
CAMARGO	MAYORGA	VALENTINA	HIJA	31						

MEDIO DE PAGO

Autorizo a descontar de mi Tarjeta de Crédito , Cuenta de Ahorros , Cuenta Corriente , Salario la prima correspondiente al presente seguro de HDI Seguros de Vida S.A., de acuerdo con el plan escogido. Así mismo autorizo la renovación mensual automática y el débito respectivo.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO: El no pago de la prima en el tiempo establecido, genera la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en el art.1152 del código de comercio

EXCLUSIONES: Según lo estipulado en las condiciones generales y particulares de la póliza

N° CUENTA	145789632145	FECHA DE VENCIMIENTO	Día	Mes	Año	BANCO	BANCOLOMBIA
			30	12	2024		

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD PARA EL GRUPO ASEGURADO

PREGUNTA	SOLICITANTE								EXPLICACIÓN: En caso de ser SI su respuesta para alguno de los solicitantes por favor escribir el No. de pregunta y el No. del Solicitante correspondiente, explicando su respuesta.
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha sido tratado o está siendo estudiado por: cualquier tipo de cáncer, tumores malignos, leucemias, linfomas, trastornos cardíacos, arritmias cardíacas, infartos o dolor torácico cardíacos, trastornos en las válvulas cardíacas, trastornos coronarios, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, hipertensión arterial de difícil tratamiento, eventos o derrames cerebrales o isquemias cerebrales, trastornos neurológicos crónicos, mentales, hepatitis B o C, diabetes, cirrosis, anemia falciforme, enfermedad poliquística renal, insuficiencia renal o trastornos renales crónicos, infección por VIH, trastornos de la coagulación, trastornos osteoarticulares, trastornos vasculares, malformaciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, trastornos pulmonares o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias, trasplantes previos? ¿Si es mujer, dos (2) miembros del núcleo familiar, -madre, hermanas-, han padecido cáncer de seno? ¿Sufre usted y/o su familia el trastorno hereditario dislipidemia familiar o de poliposis vellosa o adenomatosa familiar?	No	Si	No						Pregunta: <input type="text" value="1"/> Solicitante: <input type="text" value="2"/> Explicación: TRASTORNO CARDÍACO, TRATADO CON MEDICAMENTOS NATURALES, ESTADO DE SALUD ESTABLE
2. ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos?	No	Si	No						Pregunta: <input type="text" value="2"/> Solicitante: <input type="text" value="2"/> Explicación: TRATAMIENTO PARA LA ANSIEDAD EN EL CENTRO DE TRASTORNOS DE COLOMBIAM, ESTADO ACTUAL ESTABLE, TRATAMIENTO POR 2 AÑOS.
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias funcionales o pérdidas de órganos o miembros, trastornos articulares, carpianos, hombro, de la columna, trastornos de la voz, postraumáticos, mentales, ansiedad, depresión, trastornos en ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? Esta siendo estudiado o desea ser estudiado por una Junta o comisión médica de estudio de invalidez?	Si	No	No						Pregunta: <input type="text" value="3"/> Solicitante: <input type="text" value="1"/> Explicación: BRONQUITIS AGUDA
4. ¿Sufró o recientemente se ha detectado o le han visto alguna condición que requiera de estudios, o por los que se encuentre en estudio médico o en espera de estudios y/o tratamientos médicos?	No	No	No						Pregunta: <input type="text" value="7"/> Solicitante: <input type="text" value="1"/> Explicación: SEGUROS COLPATRIA
5. ¿Sufró de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?	No	No	No						Pregunta: <input type="text" value="7"/> Solicitante: <input type="text" value="1"/> Explicación: SEGUROS COLPATRIA
6. ¿Practica deportes peligrosos?	No	No	No						
7. ¿Está solicitando o tiene otro seguro de vida deudor en otras aseguradoras?	Si	No	No						
8. ¿Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han solicitado contribuciones para evitarlo?	No	No	No						
9. ¿Tiene usted o su cónyuge otras pólizas vigentes con HDI Seguros?	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿Por qué valor? \$ 50.000.000								

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA EL ASEGURADO (LEER ANTES DE FIRMAR)

Declaro en mi nombre que lo escrito en esta solicitud es verídico, exacto, completo y que no ejerzo una actividad al margen de la Ley. HDI Seguros S.A. se reserva todos los derechos que pueda asistirle en caso que en cualquier momento, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud u ocupación al momento de aceptarse el seguro (Código de Comercio Art. 1058 – 1158). En desarrollo del Art. 34 de la ley 23 de 1981, expresamente autorizo a HDI Seguros S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ellas se registren o lleguen a ser registrados. Autorizo igualmente a las instituciones prestadoras de salud o los médicos tratantes la entrega directa a HDI Seguros S.A. de esta información o segundas opiniones médicas, aún después de mi fallecimiento.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a HDI con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o a cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información, procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la Aseguradora o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/ póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos en la ley. De manera expresa, **AUTORIZO** el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y, autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la Aseguradora, los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Tratamiento de Datos de HDI Seguros que se encuentra publicada en <https://www.hdi.com.co/media/documents/politica-tratamiento-datos.pdf>, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

El solicitante declara que los datos suministrados en la presente solicitud son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a esta solicitud, que conviene en aceptar una póliza sujeta a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar la prima correspondiente. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud de seguro, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones de seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web www.hdi.com.co

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento, como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmé y dejo huella en el presente documento.

Se firma el presente, en la ciudad de **BOGOTÁ** a los **VEINTE (20)** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2017**

Nombre y firma del promotor	Firma autorizada HDI Seguros	Firma del asegurado principal	Huella índice derecho	FECHA DILIGENCIAMIENTO		
				Día	Mes	Año
				20	9	2017
				Hora 03:52	a.m <input type="radio"/>	p.m <input checked="" type="radio"/>