



HDI SEGUROS S.A.  
NIT 860.004.875-6

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO  
Y/O ACIDENTES PERSONALES

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

SUCURSAL	MEDELLÍN C.N.H. 20			TOMADOR:	UNIVERSIDAD CENTRAL	CIUDAD:	MEDELLÍN
FECHA SOLICITUD	Día	Mes	Año	NIT O C.C.:	800123589	DIGITO DE VERIFICACIÓN NIT:	9
	20	9	2017	DIRECCIÓN:	CARRERA 24 # 15 -60 PARQUE NORTE		

DATOS ASEGURADO PRINCIPAL - (Obligatorio diligenciar los campos resaltados y marcados con *)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO
MELENDEZ	GIRALDO	LUISA FERNANDA	15 / 12 / 1987

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	GÉNERO	FECHA DE INGRESO/MOD.
<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input checked="" type="radio"/> Otro PASAPORTE No. LKJ47241JVG	BOGOTÁ	F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	3 / 5 / 2017

NIVEL EDUCATIVO	CORREO ELECTRÓNICO
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"/> MAESTRIA INSTRUMENTACIÓN	LUISA_MENDEZ@UCENTRAL.EDU.CO

ESTADO CIVIL	NO. HIJOS	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	* PESO (Kg)	* ESTATURA (mts)
Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>	2	PSICOLOGÍA	60	1.70

TIPO DE VIVIENDA	ESTRATO	SALARIO	SUMA ASEGURADA
Propia <input checked="" type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	\$ 2,200,000	\$ 15,648,923

TIPO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO	NÚMERO DE TELÉFONO
2	CARRERA 7 NO. 26 - 14	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	2	(314) 589-7869
2	CALLE 24 # 15 -62 TORRE 5	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	CELULAR	(317) 689-9856

TIPO DE PRODUCTO	
Vida Grupo <input checked="" type="radio"/>	Accidentes Personales <input type="radio"/>
Vida Grupo Deudor <input type="radio"/>	Individual a Primera Pérdida <input type="radio"/>
Vida Grupo a Primera Pérdida <input type="radio"/>	Colectiva <input checked="" type="radio"/>
Otro (especificar):	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS : En caso de fallecimiento designo como beneficiario a las personas que relaciono a continuación:  
Recuerde que el porcentaje puede ser distribuido entre varios beneficiario, de tal forma que éstos sumen el 100%

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	%
GIRALDO	MELENDEZ	CELMIRA	MADRE	75					
MELENDEZ	RODRIGUEZ	ALBERTO	PADRE	25					

CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD

PREGUNTA	SI	NO	EXPLICACIÓN
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?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO CARDÍACO, EL 15 DE FEBRERO DE 2015, TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS NATURALES Y ESTADO ACTUAL SALUDABLE.
2. ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	FUMADOR NERVIOSO EN TRATAMIENTO EN EL CRCB
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias o discapacidades, pérdida de órganos o miembros, trastornos articulares, del túnel carpiano, o del hombro, de la columna vertebral o de las rodillas, trastornos de la voz, mentales, depresión y/o ansiedad, trastornos posttraumáticos, de los ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? Está siendo estudiado o desea ser estudiado por una junta o comisión médica de estudio de invalidez?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
4. ¿Sufre 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 o tratamientos médicos?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
5. ¿Sufre de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
6. ¿Practica deportes peligrosos?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	PARACAIDISMO EXTREMO
7. ¿Está solicitando o tiene otro seguro de vida deudor en otras aseguradoras?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Aseguradora : SURIMAX Valor Asegurado: \$ 10.250.000
8. ¿Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han solicitado contribuciones para evitarlo?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
9. ¿Tiene usted o su cónyuge otras pólizas vigentes con HDI Seguros S.A.?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Por qué valor? \$ 50.789.563

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, procece, 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/medial/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 del 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, firmo 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

HDI SEGUROS S.A	TOMADOR	FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL C.C. No.	HUELLA INDICE DERECHO
-----------------	---------	---	-----------------------